

Медицинская

22 мая 2024 г.
среда
№ 20 (8140)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru



Инфекционные агенты не прощают пренебрежительного к себе отношения.

Стр. 4-5

Самарскому государственному медицинскому университету – 105 лет.

Стр. 7

Плюсы и минусы универсификации.

Стр. 11

События

Мединституту МарГУ – 10, Казанскому ГМУ – 210 лет!

В одни и те же дни состоялись торжества в столицах соседних поволжских республик



Перед возложением цветов к памятнику А.В.Вишневскому в Казани

Мы не удивим вас, заметив, что разница в возрасте между ведущими медицинскими образовательными учреждениями Татарстана и Марий Эл навсегда останется 200-летней. Тем интереснее наблюдать за развитием молодого института и одного из старейших вузов страны.

Безоблачным прохладным майским утром преподаватели и студенты Казанского ГМУ возложили цветы к памятнику В.М.Бехтерева и А.В.Вишневского, находящимся в разных частях города. Основателя университета К.Ф.Фукса почтили памятной лекцией в аудитории «Ректор Хамитов».

Центральное событие юбилейных мероприятий – торжественное заседание учёного совета в актовом зале, о котором мы подробно расскажем в ближайших номерах. Ректор Казанского ГМУ профессор Алексей Созинов, удостоенный недавно звания заслуженного работника здравоохранения РФ и академика Академии наук Республики Татарстан, зачитал поздравление министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко. Далее Алексей Станиславович рассказал о высоких местах вуза в различных рейтингах, участии в стратегических и научно-исследовательских проектах.

Казанский ГМУ прочно удерживает лидирующие положения в рейтингах российских медицинских вузов. Университет в очередной раз вошёл в глобальный рейтинг Times Higher Education, заняв 250-е место среди вузов мира по уровню образовательной деятельности, 43-е среди всех российских вузов и 3-е среди российских медицинских университетов. Кроме того, вуз вошёл в предметный рейтинг университетов QS в группе от 601 до 650-го места по направлению «Медицина». В рейтинге Times Higher Education Impact Ranking «Хорошее здоровье и благополучие» занял 4-е место среди всех российских вузов. В World University Rankings 2024 by subject в предметном рейтинге «Клиническая медицина» занял почётное 6-е место среди 16 вошедших в него российских университетов.

Образование в Казанском ГМУ пользуется высоким спросом среди иностранных граждан ближнего и дальнего зарубежья. В университете обучается 2039 иностранных студентов, из которых 1543 студента – на языке-посреднике, по специальностям «лечебное дело», «стоматология» и «фармация».

Зал стоя приветствовал выпускников Казанского медицинского института 1954 г. Маргариту Кузьминых (Санина), Иветту Реутову (Озол) и профессора Льва Козлова. С актовой речью

«Патология кранио-вертебрального перехода и образующие полости поражения спинного мозга: традиции казанской неврологической школы, достижения академической неврологии и врачебной практики» выступил заведующий кафедрой неврологии университета профессор Энвер Богданов.

В тот же день на площадке XIV Международного экономического форума «Россия – Исламский мир: KazanForum» прошло подписание договоров Казанского ГМУ с Ташкентской медицинской академией (Узбекистан) и Медицинским университетом Караганды (Казахстан) – о совместной программе по аспирантуре, рамочных соглашениях с Ташкентским государственным медицинским университетом им. Абуали ибни Сино и Государственным медицинским университетом Туркменистана им. Мырата Гарыева.

В юбилейные дни университет принимал участников X международной учебно-методической конференции «Медицинское образование: выбор поколений XXI века», под его эгидой прошли студенческий интерактив Doctor club 2.10, акция «Мы здоровы – присоединяйтесь!» в ЦПКИО им. М.Горького.

(Окончание на стр. 2.)

Особый случай

Вылечили 101-летнего ветерана

Хирурги Национального медицинского исследовательского центра онкологии Минздрава России успешно выполнили операцию по удалению опухоли кожи больших размеров ветерану Великой Отечественной войны.

В течение жизни фронтовик-артиллерист, ростовчанин Борис Золотарёв на здоровье не жаловался. 20-летним парнем попал на 2-й Белорусский фронт, прошёл боевой путь от Смоленщины до Берлина. Форсирование Днепра, освобождение Могилёва и Восточной Пруссии, взятие Кёнигсберга, битва за Берлин – все бои ефрейтор Золотарёв прошёл без тяжёлых ранений.

Несколько месяцев назад ветеран заметил на ноге покраснения и ранки. Решил, что это аллергия, но препараты и мази не помогли, а размер язвы увеличивался.

– Когда ветеран обратился в центр, новообразование кожи на голени достигало размеров 8 x 8 см. Пациенту было выполнено комплексное обследование и диагностирована злокачественная опухоль кожи. Больному было показано хирургическое лечение, – отметил генеральный директор НМИЦ онкологии академик РАН Олег Кит.

Пациенту иссекли опухоль новообразования больших размеров

задней поверхности голени. Хирургическое вмешательство проводилось под местной анестезией в отделении реконструктивно-пластической хирургии и онкологии.

День Победы ветеран Великой Отечественной войны встретил в палате, но скоро отправится домой. Операция выполнена успешно, пациент идёт на поправку, самостоятельно передвигается. Врачи дают благоприятный прогноз и надеются, что следующий День Победы Борис Викторович встретит в полном здравии.

Недавно он отметил свой 101-й день рождения и по-прежнему бодр, активен, ясно выражает мысли. С удовольствием рассказывает о детях, вспоминает время, когда работал инженером-строителем, готовил проекты по возведению объектов в разных регионах Советского Союза. Ветеран уверен, что подвижность и ясный ум в почтенном возрасте он смог сохранить благодаря активному образу жизни. Признаётся, что спиртным не злоупотреблял, курить бросил и всегда жил в движении. Много работал, много делал в быту, на отдыхе легко переплывал Дон и даже Иртыш. Молодому поколению желает всегда сохранять активность и оптимизм, не злословить и не переживать по пустякам.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.
Ростов-на-Дону.

МЕДИЦИНА И ПРАВОСУДИЕ

Руслан КАЛИНИН

Медицинский юрист, судебно-медицинский эксперт, преподаватель кафедры судебной медицины Российского университета дружбы народов, кандидат медицинских наук:

Чем больше гражданских дел, тем меньше уголовных. Если бы все пациенты, недовольные качеством и результатами лечения, сразу обращались с исковыми заявлениями в гражданский суд, я бы никакой проблемы в этом не видел.



Стр. 12

Новости

Радикальное решение

В Федеральном центре мозга и нейротехнологий ФМБА России выполнена сложная нейрохирургическая операция пациентке с гипертрофической краниоорбитальной менингиомой. Эта редкая опухоль распространяется из полости черепа в глазную орбиту. Опухоль вызывала у пациентки серьёзные проблемы, в частности асимметрию лица, грубый косметический дефект и интенсивные боли в области глаза.

Операция включала в себя радикальное удаление опухоли, а также восстановление нормальной анатомии орбиты для обеспечения правильного положения глаз. Особое внимание нейрохирурги уделили минимизации косметических дефектов и сохранению симметрии лица. Во время операции команда врачей использовала инновационную технологию костной пластики краниоорбитальной области с помощью индивидуального имплантата.

Операция проведена совместно с коллегами из Национального медицинского исследовательского института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, так как именно в этом центре была разработана технология индивидуальной краниопластики. В ходе планирования операции использовалась программа, которая позволяет создать зеркальное отображение «здоровой» стороны черепа на поражённой опухолью области. Затем на основе этой виртуальной 3D-модели создали пресс-формы с помощью 3D-печати. Во время операции эти пресс-формы использовались для создания индивидуального имплантата из костного цемента непосредственно в операционной.

«Благодаря применению данной технологии удалось избежать грубых косметических дефектов. Очень важно, что пациентка быстро восстановилась после операции и вернулась к привычной жизни, не испытывая никаких проблем с внешностью», – отметил нейрохирург центра мозга Семён Мельченко.

Этот успешный случай подтверждает эффективность современных технологий в нейрохирургии и открывает новые возможности для лечения подобных заболеваний.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Полёты спасения

В рамках регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» в Ставропольском крае активно развивается санитарная авиация. За первые три месяца года совершено 38 вылетов.

В санавиации работают четыре медицинские бригады, сформированные на базе взрослых и детских краевых клинических больниц и городской больницы скорой медицинской помощи Ставрополя.

– Благодаря санавиации люди, получившие травмы или другие серьёзные заболевания в отдалённых районах края, могут оперативно получить необходимую помощь. За время своей работы санавиация уже пришла на помощь более 400 пациентам. Все они нуждались в специализированном лечении в краевой столице либо в медицинских центрах других регионов, – отметил министр здравоохранения края Юрий Литвинов.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Вовремя уберечься

Прививки против клещевого вирусного энцефалита сделали более 2,3 млн жителей России, тогда как в прошлом году за аналогичный период было привито чуть более 2 млн. Всего в текущем сезоне планируется вакцинировать свыше 3,81 млн человек, сообщили в Роспотребнадзоре.

По данным оперативного еженедельного мониторинга, в медицинские организации обратились 41,9 тыс. граждан в связи с укусами клещей. Наибольшее количество пострадавших отмечено в Свердловской, Ростовской, Тюменской, Костромской, Кировской областях, а также в Краснодарском крае и Республике Башкортостан.

В регионах РФ продолжают акрицидные обработки, всего обработано свыше 30 тыс. га территорий.

Фёдор СМИРИН.

Роспотребнадзор следит за эпидситуацией в Японии

Специалисты Роспотребнадзора контролируют эпидемиологическую ситуацию в связи с ростом числа заболевших стрептококковой инфекцией в Японии. В настоящее время в РФ нет оснований, указывающих на предпосылки развития негативных сценариев для наших граждан, сообщили в ведомстве.

Согласно официальной информации Национального института инфекционных заболеваний (NIID) Японии, в стране отмечается увеличение заболеваемости фарингитами, вызванными β-гемолитическим стрептококком группы А. Данный факт может быть связан с действием сезонных факторов – для стрептококковой инфекции характерен подъём заболеваемости в весенний период.

Наиболее частой формой инфекции является развитие острого тонзиллофарингита, клинически проявляющегося повышением температуры тела, появлением головной боли, слабости, болей в горле и развитием воспалительного процесса в глотке. Помимо этого, данный возбудитель является этиологическим фактором скарлатины, рожистого воспаления, импетиго. К редким формам инфекции относят развитие некротизирующей фасциита, миозита, которые клинически выражаются в развитии воспалительных процессов в мягких тканях. Тяжёлые формы стрептококковой инфекции связаны с развитием инфекционно-токсического шока.

Эпидемиологическая ситуация в РФ находится на постоянном мониторинге и контроле Роспотребнадзора, что позволяет обеспечивать стабильную готовность к появлению и распространению инфекций. В пунктах пропуска через государственную границу работает АИС «Периметр», система позволяет в режиме реального времени выявлять граждан с признаками инфекционных заболеваний, а также осуществлять проверку пассажиров из стран с неблагоприятной эпидобстановкой.

Игорь СОКОЛОВ.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты»
(inform@mgzt.ru)

Обсуждения

Лор-специалисты
встретились в Ташкенте

В столице Узбекистана состоялась конференция «Современный подход к диагностике и лечению в оториноларингологии, заболеваниях головы и шеи», на которой собрались более 500 специалистов из России, Узбекистана, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана.

Конференцию открыл исполняющий обязанности министра здравоохранения Республики Узбекистан Асилбек Худаяров, выступили проректор Ташкентской медицинской академии, профессор Шухрат Боймуродов, директор Национального детского медицинского центра Максуд Саидов, директор недавно открытого Республиканского научно-практического медицинского центра оториноларингологии и хирургии головы и шеи доктор медицинских наук Улугбек Хасанов. Почётными гостями конференции стали легендарный руководитель клиники Ремервалл, профессор Вольф Юрген Манн (Германия), заведующий кафедрой болезни уха, горла и носа АО «Медицинский университет Астана» академик НАН Казахстана Райс Тулебаев, генеральный секретарь Международного ринологического общества, директор Центра хирургического лечения расстройств сна Университета Хаджеттепе в Анкаре, президент Турецкого общества оториноларингологов, профессор Метин Онерчи и президент Российского общества ринологов профессор Андрей Лопатин (Россия).

Все выступления почётных гостей были посвящены проблемам ринологии: В.Манн поделился своим опытом использования биоинженерных препаратов при хроническом риносинусите, диагностики



Профессор В.Манн

и лечения расстройств обоняния, М.Онерчи представил методики современных эндоназальных операций на лобной пазухе, А.Лопатин провёл анализ факторов, влияющих на результаты пластического закрытия перфораций перегородки носа, Р.Тулебаев рассказал о проблеме локального аллергического ринита в Казахстане.

Во второй половине первого дня конференции М.Онерчи в своей лекции осветил малоизвестную проблему лечения «взрывных» переломов дна орбиты, а А.Лопатин представил варианты малоинвазивного эндоскопического доступа к лобной пазухе в зависимости от анатомических особенностей

строения лобного кармана.

Мультидисциплинарный формат конференции поддержали доклады оториноларинголога центральной клинической больницы Медицинского центра Управления делами президента Республики Казахстан (Алматы), кандидата медицинских наук Алмаса Амангалиева о совместных проблемах лора и офтальмолога, профессора кафедры лор-болезней АО «Медицинский университет Астана», доктора медицинских наук Талапбека Аженова – о ятрогенном верхнечелюстном синусите, ташкентских онкологов профессор Акбара Хасанова и Шарафа Хабибуллаева о хирургическом лечении, реконструктивных операциях при опу-

холях головы и шеи, а также подключившихся онлайн офтальмологов Белоруссии.

Второй день конференции включал в основном сообщения молодых учёных Узбекистана, Казахстана и Таджикистана. Завершился курс показательными операциями: В.Манн комбинированным доступом удалил большую опухоль гортаноглотки, предварительно перевязав наружную сонную артерию на шее, А.Лопатин выполнил полисинусотомию у пациента с двусторонним аллергическим грибковым риносинуситом с одномоментной эндоскопической септопластикой.

Алик ДЖАЛЯЛОВ.

Ташкент.

События

Мединституту МарГУ – 10,
Казанскому ГМУ – 210 лет!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Тем временем в Йошкар-Оле проходили торжества, посвящённые 10-летию высшего медицинского образования в Республике Марий Эл. На открытии межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Марийский медицинский форум», о котором мы подробнее расскажем в ближайших номерах, выступили ректор Марийского государственного университета доктор экономических наук Михаил Швецов и директор Медицинского института вуза профессор Глеб Стручко.

Спикерами конференции стали главные специалисты Минздрава Республики Марий Эл, профессора и доценты из 14 российских городов.

– Во времена Советского Союза нашему вузу трижды было отказано в организации медицинского факультета, и только в 2014 г. он открыл свои двери, – сказал М.Швецов. – На сегодняшний день в Медицинском институте



М.Швецов

учится около 3 тыс. студентов. Это самое крупное структурное подразделение университета. Во время пандемии COVID-19 более 300 студентов-медиков работали в «красной» зоне, оказав огромную помощь республике. В Марий Эл трудится более 100 выпускников

мединститута, и это число будет увеличиваться с каждым годом.

В рамках празднования юбилея сотрудники и студенты МарГУ выехали на обследование пациентов в город Волжск, на базе Йошкар-Олинской городской клинической больницы открылся учебно-практический хирургический центр МарГУ, оснащённый современным оборудованием. Кроме того, открыт анатомический зал многопрофильного кадаверного центра, созданного в рамках стратегического проекта «Университет как центр развития прорывных медицинских наукоёмких и образовательных технологий» программы «Приоритет-2030».

Запланировано проведение в Йошкар-Оле научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии».

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Георгия ХАЧЕТУРОВА
и Тимофея ДИНИНА.

Йошкар-Ола – Казань.

Официально

М. Мурашко сохранил пост министра

Депутаты Государственной Думы на пленарном заседании рассмотрели и утвердили внесённые председателем Правительства РФ Михаилом Мишустиним кандидатуры на должности федеральных министров. В числе других кандидатур парламентарии обсудили и утвердили кандидатуру Михаила Мурашко на должность министра здравоохранения РФ.

В своём выступлении он поблагодарил депутатов за поддержку в совместной работе и выделил основные достижения и задачи системы здравоохранения. Это увеличение суммарного коэффициента рождаемости, повышение продолжительности жизни, сохранение репродуктивного здоровья и народосбережение.

Мы работали в непростых, по-настоящему сложных условиях: беспрецедентный вызов пандемии сменили рекордные санкции, работа в условиях СВО, оказание помощи при целом ряде крупных чрезвычайных ситуаций – всё это потребовало высочайшей самоотдачи от медицинских работников и руководителей, – сказал М. Мурашко.

Так, для достижения показателя ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2030 г. расширятся охват населения профилактическими осмотрами и повышение их эффективности. М. Мурашко подчеркнул, что реализуются новые проекты: медицинская реабилитация, борьба с сахарным диабетом, внедрение персональных меди-

цинских помощников и развитие медицинской науки.

Отдельным блоком министр выделил охрану здоровья матери и ребёнка. Есть программы помощи женщинам в стадии репродуктивного выбора, развивается школьная медицина.

Для улучшения кадрового обеспечения будет внедрена новая система оплаты труда медицинских работников. В то же время уже за прошлый год произошёл рост численности врачей в отрасли – их стало на 10 тыс. больше.

Ещё одна важная задача – продолжение интеграции систем здравоохранения новых субъектов России и оказание предиктивной медицинской помощи всем участникам СВО.

– Таким образом, все усилия будут направлены на народосбережение, и будут достигаться благодаря обеспечению качества, доступности и эффективности здравоохранения для всех граждан, с акцентом на профилактику и высокое качество жизни. Россияне должны жить долго! И мы сделаем всё, чтобы этого добиться! – заявил М. Мурашко.

По его словам, проблему с кадрами в медицине можно решить за 5-6 лет. В 2023 г. в госсистему здравоохранения пришло на 20% больше специалистов по сравнению с числом тех, кто уволился. Глава Минздрава рассказал о развитии телемедицины, у которой большое будущее, а также о внедрении в здравоохранение искусственного интеллекта. При этом Россия лидирует в мире в этой сфере.

«Никакой ИИ не заменит врача. Он должен помогать врачу.

Конечно, лучше было бы, если мы здесь обсудили вопросы дефицита кадров, а вы предлагаете нам дефицит кадров восполнить искусственным интеллектом», – отметил председатель Госдумы РФ Вячеслав Володин, комментируя выступление М. Мурашко.

Председатель ГД подчеркнул, что в сельских районах страны дефицит кадров достигает 80%. «Кому будет помогать ИИ? У нас педиатров не хватает, узких специалистов. А что касается ИИ, да, разработки идут, они прогрессируют, но это должно быть вместе с врачом», – убеждён В. Володин. По мнению председателя Госдумы, главная задача Минздрава – обеспечить отрасль качественными кадрами.

Ранее с претендентом на министерский пост у депутатов состоялся подробный разговор, который продолжался более трёх часов, рассказал в свою очередь председатель Комитета по охране здоровья Бадма Башанкаев. Приоритеты работы – это сохранение населения, укрепление здоровья и обеспечение благополучия людей, поддержка семей, указал Б. Башанкаев.

После утверждения кандидатуры М. Мурашко Госдумой он был назначен министром здравоохранения РФ указом Президента.

Павел БАЛАГИН.

Редакция «Медицинской газеты» поздравляет Михаила Альбертовича с назначением на пост министра здравоохранения РФ и желает ему дальнейшей успешной работы в этом качестве.

Деловые встречи

Горизонты сотрудничества с Китаем

Глава Роспотребнадзора Анна Попова провела в Пекине переговоры с руководителем Государственного управления по контролю и профилактике заболеваний Китая Ваном Хэшэном и директором Китайского центра по контролю и профилактике заболеваний Шэном Хуньбином.

В ходе встречи стороны обсудили развитие взаимодействия при мониторинге инфекций, включая чуму и грипп, геномный эпиднадзор, а также проведение совместных полевых учений. Отдельно акцентировали внимание на развитии сотрудничества в области радиационной гигиены и защиты здоровья людей от воздействия ионизирующего излучения, сообщили в Роспотребнадзоре.

Также руководители отметили схожие позиции в отношении реформы глобальной архитектуры борьбы с эпидемиями и договорились продолжить координацию на площадке ВОЗ в рамках многосторонних переговоров по внесению поправок в Международные медико-санитарные правила и в разработке проекта Международного противопандемического соглашения. Подчёркнуто, что общие подходы России и Китая заключаются в обеспечении биологического суверенитета стран, соблюдении принципа невмешательства во внутренние дела в сфере предупреждения и реагирования на эпидемии, а также в содействии справедливому и равноправному доступу к средствам противодействия пандемиям.

Особое внимание уделено совместной работе в рамках БРИКС. Китайские коллеги подтвердили готовность принять участие в Международной конференции «Глобальные угрозы биологической безопасности». Ответ БРИКС, которая состоится в июле этого года в Москве.

По итогам встречи достигнуты договорённости об актуализации планов по сотрудничеству в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения с привлечением ведущих научно-исследовательских институтов России и Китая.

Проводимая работа позволит усовершенствовать оперативный

обмен информацией об эпидемиологической ситуации в особенности на приграничных территориях и предотвратить распространение опасных инфекций в пунктах пропуска через государственную границу.

Также А. Попова посетила Национальный институт вирусных инфекций КНР.

Как сообщили в Минздраве России, российские вакцины против коронавируса, разработанные Национальным исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, в том числе «Спутник V», могут начать выпускать в Китае. Российский фонд прямых инвестиций (РФПИ) объявил о партнёрстве с китайской компанией OncoGenerix, которая обладает крупнейшими в стране производственными мощностями для выпуска инъекционных лекарственных препаратов. Цель – распространение технологий через производство в Китае вакцин, разработанных НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи.

Согласно договорённостям, НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи получит возможность открыть центр исследований в Китае. Это позволит на месте проводить исследования и адаптацию препаратов.

– Вакцины против коронавируса «Спутник V» и «Спутник Лайт», разработанные НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, спасли миллионы жизней по всему миру в период пандемии. Партнёрство РФПИ и OncoGenerix открывает возможность для вывода на китайский рынок и других разработок центра им. Н.Ф. Гамалеи, которые уже рекомендовали себя в России и обладают значимым экспортным потенциалом, – рассказал гендиректор РФПИ Кирилл Дмитриев.

Вакцина «Спутник V» одобрена к применению более чем в 70 странах с общей численностью населения более 4 млрд человек, а «Спутник Лайт» – более чем в 30 странах.

Сам список выпускаемых препаратов составят на основе самых востребованных направлений терапии. При необходимости к процессу производства и поставок вакцин могут быть привлечены и другие партнёры на китайском рынке.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Новые подходы

Обнадёживающая методика

Учёные НИИ экспериментальной онкологии и биомедицинских технологий Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) предложили диагностировать кариез при помощи высокоразрешающего метода оптической когерентной томографии (ОКТ).

Прибор, разработанный в Институте прикладной физики РАН, позволяет отличить начальные формы кариеза от зубного налёта по коэффициенту затухания ОКТ-

сигнала, а также чётко определить границу кариозного поражения, что невозможно сделать другими известными методами.

В самом начале кариез слабо себя проявляет, что нередко приводит к запущенности патологического процесса.

Метод оптической когерентной томографии широко применяется в офтальмологии для оценки сетчатки благодаря своей скорости и безболезненности.

В планах учёных ПИМУ – научиться определять стадию кариеза по ОКТ. Исследования

проводятся совместно с ведущей кафедрой стоматологии факультета дополнительного профессионального образования, профессором Светланой Гажвой и аспирантом Ксенией Янышевой.

В исследовании активно участвовала и ученица 11-го класса школы № 7 Александра Кошеварова. Результатами она поделилась на городской конференции НОУ «Эврика» и региональном этапе Всероссийского конкурса исследовательских и проектных работ учащихся «Юность, наука, культура». Исследование отмечено дипломом II степени.

Игорь НАУМОВ.

Подписка-2024

2024 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ

Газеты
Журналы
Альманахи
Книги

2 полугодие

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2024 года

Все 6000 изданий представлены на сайте podpiska.pochta.ru

8 800 1 000 000

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2024 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2024 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

По льготным ценам подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru; mg-podpiska@mail.ru.

Справки по телефонам:
8-495-608-85-44, 8-916-271-08-13.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2024 года

30 лет со своей прессой

Избранные издания для бизнеса

Всемирная неделя иммунизации, которая ежегодно проводится по инициативе ВОЗ, призвана привлечь внимание к необходимости коллективных действий и популяризировать применение вакцин для защиты людей всех возрастов от различных болезней.

Общепризнано: глобальные кампании по вакцинации, проходившие во второй половине XX века, стали одним из величайших достижений человечества. Благодаря им удалось ликвидировать оспу, почти победить полиомиелит и обеспечить выживание и процветание большего числа детей, чем когда-либо прежде.

В этом году в рамках Всемирной недели иммунизации отмечалось 50-летие расширенной программы иммунизации (РПИ) – своеобразный итог коллективных усилий по спасению и защите

огромного количества жизней от вакциноуправляемых заболеваний. Это стало ещё одним поводом для ВОЗ обратиться ко всем странам с призывом наращивать инвестиции в программы иммунизации для защиты следующих поколений.

Стоит отметить: в момент своего создания в 1974 г. РПИ была направлена на защиту всех детей от 6 детских болезней; сегодня в неё входит 13 универсальных вакцин, рекомендуемых на протяжении всего жизненного цикла, и 17 дополнительных вакцин, которые назначаются в зависимости от конкретных условий.

Во время Всемирной недели иммунизации во многих городах России прошли мероприятия, посвящённые данной теме. На двух из них, состоявшихся в Москве, побывала обозреватель «МГ» Алёна ЖУКОВА.

академик РАН Лейла Намазова-Баранова отметила: дети постоянно переносят ту или иную инфекцию. Среди них есть достаточно банальные, лёгкие, переболевая которыми, каждый ребёнок формирует собственную естественную защиту, иммунитет. Но есть и такие, которые являются инвалидизирующими и даже жизнеугрожающими. И их надо обязательно предотвратить. Именно для них в первую очередь и разрабатывают вакцины.

«Сегодня благодаря календарю прививок у нас существует возможность защиты от 12 наиболее тяжёлых инфекций. Но проблема

ности, против кори, привели к тому, что сейчас нет препаратов для лечения этого заболевания. И если корь поражает взрослого человека, инфекционный процесс остановить невозможно.

Впрочем, по словам А.Горелова, та же самая корь, энцефалиты, ветрянка и прочее крайне тяжело протекают и у детей. Об этом наглядно свидетельствуют данные Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России (Санкт-Петербург): уже зарегистрировано более 150 случаев крайне тяжёлых проявлений ветряной оспы у детей,

До уровня лучших календарей

Вопрос о расширении охвата вакцинацией как можно большего числа людей в последние годы стоит достаточно остро. Несмотря на то, что в Национальном календаре профилактических прививок уже предусмотрена защита населения от 12 опасных инфекций, за его бортом остаются и такие, распространение которых до конца не контролируется в нашей стране.

Для защиты каждого человека и улучшения эпидемиологической ситуации необходимо расширять существующий Национальный календарь профилактических прививок, а также включить в обязательные программы иммунизации наиболее уязвимые группы населения. Прежде всего речь идёт о пожилых людях и беременных женщинах.

Об этом говорили представители медицинского, научного и пациентского сообществ на IV экспертном форуме по иммунопрофилактике.

Открывая дискуссию, сопредседатель Всероссийского союза пациентов доктор медицинских наук Ян Власов отметил, что распространение всевозможных инфекций является не только социальной, но и экономической проблемой.

«Каждый год из-за мутации генов, которую в том числе провоцируют вирусные инфекции, появляется около 200 новых нозологий, и стоимость их коррекции оценивается не менее чем в 40 млрд руб., – сказал он. – Из-за негативных мутаций мы получаем огромное количество пациентов с орфанными диагнозами. На вирусные заболевания приходится 30% детской смертности. Эти факты убедительно свидетельствуют о необходимости иммунизации населения. Тем более что имеющиеся сегодня современные вакцины могут защитить человека от инфекций на протяжении всей жизни».

По словам директора проектов Всероссийского союза пациентов Олега Альмендеева, число потенциально опасных инфекций, а также количество уязвимых возрастных и социальных групп продолжает увеличиваться. Определённую роль в этом играют растущие темпы миграции населения, что приводит к высокому риску «завоза» инфекционных заболеваний.

Интенсивный миграционный поток требует внимания государства и его целенаправленных усилий для «приведения в порядок» НКПП, уверен академик РАН, член комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ Александр Румянцев.

«НКПП нужно довести до уровня лучших календарей. Сейчас он не включает целый ряд инфекций, необходимость профилактики которых профессиональному сообществу очевидна. Мы долго ведём разговоры про то, что нам нужна вакцина против ротавируса, четырёхвалентная вакцина против менингококковой инфекции, ветряной оспы, а также гепатита А – чтобы снять вопрос самой распространённой кишечной инфекции, с которой мы встречаемся до сих пор, – сказал А.Румянцев. – Кроме того, нужно использовать целый ряд инновационных возможностей, которые сегодня предоставляет медицинская наука. Например, мы знаем о том, что ребёнок способен формировать иммунный ответ внутриутробно, поэтому прове-

Проблемы и решения

С инфекционными агентами надо быть на Вы

На пропаганду вакцинации одной недели мало!

дение иммунизации беременных женщин за три недели до родов также позволяет оптимизировать детям первого года жизни количество вакцинаций».

Отдельно Александр Григорьевич остановился на проблеме демографического старения населения: наряду с ростом продолжительности жизни в России увеличивается и количество людей в возрасте 60+. По мнению эксперта, их также целесообразно включить в программы иммунизации НКПП.

«С возрастом снижается адаптивность иммунитета, а следовательно, и сопротивляемость организма к различным инфекциям; появляются сопутствующие заболевания, из-за которых даже привычный грипп может привести к самым серьёзным последствиям. А ведь пожилые люди часто общаются с внуками, которые находятся на стадии формирования иммунного ответа, поэтому вакцинация людей 60+ требуется хотя бы для того, чтобы обезопасить и подрастающее поколение», – добавил он.

И детям, и взрослым

Директор НИИЦ профилактической медицины, главный терапевт Минздрава России, академик РАН Оксана Драпкина солидарна с коллегой. По её словам, на основе данных регистра и статистики мы доказали эффективность вакцинопрофилактики на трёх уязвимых группах – это маленькие дети, пожилые люди и беременные женщины. В частности, вакцинация против гриппа существенно снижает риск заболевания, а для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями сокращает возможности осложнения и уменьшает показатели смертности. Аналогичная ситуация с вакцинацией против пневмококка.

О важности иммунизации взрослого населения говорил советник по науке холдинга «Нацимбио» Госкорпорации «Ростех», доктор медицинских наук, профессор Игорь Никитин. Продолжая тему гриппа, он отметил: исследования последних лет показывают, что всплески смертности от сердечно-сосудистых заболеваний зачастую совпадают по времени с эпидемиями сезонного гриппа. У переболевших этой инфекцией в три раза чаще регистрируется инфаркт миокарда, в два с половиной раза чаще – инсульт и в шесть раз чаще декомпенсация хронической сердечной недостаточности. Таким образом, вакцинация против гриппа является эффективным инструментом управления сердечно-сосудистыми рисками.

Тему важности планового расширения НКПП благодаря профилактике вируса папилломы



человека подняла президент Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!» Ирина Боровова. Она заявила: рак шейки матки не только «молодеет», но и наносит непоправимый вред демографии.

«Женщина, которая заболела им в возрасте до 35 лет, фактически теряет фертильность: при лечении на ранней стадии она снижается на 50%, а после лечения на поздних стадиях уже практически невозможно зачать ребёнка», – сказала И.Боровова.

О том, как можно предотвратить заболевание менингококком благодаря упреждающей вакцинопрофилактике, рассказала руководитель Российского референс-центра по мониторингу за бактериальными менингитами Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Ирина Королева. По её словам, дети в 3-4 раза более подвержены этой инфекции, причём заболевание часто протекает в молниеносной форме и может закончиться трагически в пределах 24 часов. Поэтому требуется безотлагательное включение вакцинации против менингококковой инфекции в Национальный календарь профилактических прививок. И в первую очередь вакцинации детей.

Чем опасна неиммунная прослойка

С обсуждения вопроса «детских» прививок началась и пресс-конференция в ТАСС, посвящённая проблемам иммунизации населения.

Руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского, главный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, президент Союза педиатров России, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России,

заключается в том, что, с одной стороны, как только инфекции под нашим контролем начинают уменьшаться, у населения возникает ощущение, что уже и вакцинироваться не надо, потому что проблемы нет. С этим связаны вспышки заболеваемости корью и другими инфекциями, – подчеркнула Лейла Сеймурова. – С другой стороны, мы только что вышли из пандемии COVID-19. Чисто психологически люди подустали от разговоров об инфекциях и вакцинации. Но это не значит, что нужно снижать внимание именно к этому вопросу. Как только мы перестаем вакцинироваться, инфекции тут же поднимают голову».

Время показало: инфекции, считавшиеся ранее опасными только для детей, являются таковыми и для взрослых, особенно для имеющих какие-то хронические заболевания, а также, как отмечалось и на других мероприятиях в ходе недели профилактики, для беременных и пожилых.

Л.Намазова-Баранова рассказала, что перенесённая внутриутробная инфекция – тот же банальный грипп имеет для человека последствия на протяжении всей жизни. Например, есть исследования, показывающие, что у людей, перенёвших грипп внутриутробно, шанс заболеть шизофренией гораздо больше, чем у тех, кто был защищён «материнской» прививкой.

«К сожалению, инфекция не имеет границ, – говорит заместитель директора по научной работе Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора академик РАН Александр Горелов. – По информации ВОЗ, практически 100 млн детей за период пандемии не прошли плановую вакцинацию. Поэтому есть угроза того, что поднимет голову корь, полиомиелит и прочая инфекция. И если у нас будет расти неиммунная прослойка, подъём заболеваемости неизбежен».

Что интересно: успехи проводимой ранее вакцинации, в част-

которую многие считают «лёгким» заболеванием.

«Инфекция распространяется в мире со скоростью самолёта, и если в какой-то части планеты возникает неблагополучие, мы, к сожалению, также включаемся в этот эпидпроцесс», – говорит Александр Васильевич.

Поэтому он не устаёт повторять: к инфекционным агентам нужно обращаться на вы. Они не прощают пренебрежительного отношения к себе. И если мы не вакцинировались или курс вакцинации был не полный, то инфекция постучится каждому из нас в дверь. Для того, чтобы подобного не случилось, в стране проводится так называемая подчищающая вакцинация. В прошлом году она была против кори. Но специалистам удалось убедить принять в ней участие только 70% тех, кто не имел антител к ней. Сейчас идёт аналогичная вакцинация против полиомиелита. (К слову, возможность проверить свой поствакцинальный иммунитет в России, особенно в Москве, вполне доступна).

«Плановые бесплатные вакцинации нацелены на то, чтобы коллективный иммунитет у нас не снижался и чтобы те или иные инфекционные вызовы для нас были не страшны», – подчёркивает академик А.Горелов.

Не только во время недели иммунопрофилактики, а постоянно, особенно в преддверии эпидсезона гриппа, специалисты поднимают тему необходимости прививаться, причём ежегодно. Но что важно: дети раннего возраста до 5-6 лет и беременные непременно должны быть привиты четырёхвалентной вакциной, обеспечивающей максимальную защиту. Ведь если грипп возникает у ребёнка до двухлетнего возраста, то, как и в случае с внутриутробным заражением, со временем возможны проявления когнитивных нарушений.

Надо сказать, и в нынешнем, и в прошлом году россияне наглядно ощутили, что такое грипп. Второй год подъёма, когда большинство респираторных заболеваний у детей и взрослых манифестировалось температурой за 39 градусов. Между тем, как заявила в начале года глава Роспотребнадзора Анна Попова, установлено, что вакцинированные против гриппа болеют в 150 раз реже. А те единичные случаи, когда это происходит, «протекают достаточно нетяжело».

Определяющая стратегия

Все инфекции, от которых есть вакцины, можно и нужно профилактировать, – убеждён заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Сеченовского университета академик

РАН Николай Брико. Это особенно важно сегодня, поскольку в мире, по данным ВОЗ, охват вакцинацией во время пандемии COVID-19 упал до 72%, а к 2022 г. – до 83%; число смертей от кори увеличилось на 43%, с 95 тыс. до 136 тыс.

В то же время за последние 20 лет благодаря вакцинации было предотвращено 57 млн случаев смерти от кори. Цифры говорят сами за себя. Но нереализованных возможностей вакцинопрофилактики по-прежнему много.

«На мировом уровне принята новая программа вакцинации на протяжении всей жизни, – рассказывает Н.Брико. – У нас в стране в Национальной стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 г. отмечено, что ею должны быть охвачены и дети, и взрослые, и особое внимание следует обращать на лиц с хроническими заболеваниями, беременных, пожилых и т.п.

По его словам для каждой из групп риска – беременных, членов профессиональных групп (медики, педагоги, работающие на вредных предприятиях) составляются отдельные календари прививок, в частности, против пневмококковой инфекции, гриппа. Но на данный момент процент охвата вакцинацией таких групп очень низок.

Как отмечали эксперты, календарь прививок – это динамичная структура, имеющая тренд к расширению, как и предусмотрено федеральной стратегией иммунопрофилактики. В ближайшие годы намечено добавить в него вакцинацию против менингококковой инфекции, ВПЧ, ветряной оспы, ротавирусной инфекции. В связи с этим медики возлагают большие надежды на производство новых и совершенствование уже выпускаемых отечественных вакцин, поскольку более безопасные и эффективные вакцины будут способствовать повышению приверженности иммунопрофилактике (низкая приверженность вакцинации является проблемой и в России, и в мире).

Работа по созданию новых вакцин ведётся в разных направлениях. Так, в мире и в нашей стране в том числе, началась третья фаза испытаний вакцин против респираторно-сенциальной инфекции и опоясывающего герпеса.

«Многие взрослые во второй половине жизни переносят эту очень неприятную болезнь, – отмечает Н.Брико. – Мучаются, испытывая очень неприятные клинические проявления, иногда доводящие пациентов просто до иступления. Но ведь никто не задумывается, что эта болезнь их настигла потому, что они в детстве переболели ветрянкой. А если бы их тогда защитили, то и во второй половине жизни таких проявлений не было бы. Но подобные связи для населения не всегда очевидны».

По мнению Н.Брико, должны проводиться информационные кампании, разъясняющие простую истину: если ты вакцинируешься, получаешь один результат, не вакцинируешься – иной, последствия которого могут быть достаточно тяжёлыми.

Задание для врачей и пациентов

«Надо понимать, что в основу информационной кампании, если мы берём государственный блок, закладывается и образовательный процесс, – говорит Я.Власов. – Ведь врач – самый главный, самый важный и самый профессиональный источник информации для пациента. И чтобы таковым врач у нас был, он должен обладать всей полнотой знаний о современных вакцинах, особенностях их применения и последствиях как их назначения, так и неназначения.

Поэтому на первом месте стоит информирование и обучение врача. Но, к сожалению, количество клинических часов, в том числе в инфекционной сфере, для врачей уменьшилось. И такие образовательные стандарты не соответ-

ствуют профессиональным. Так что начинать надо здесь».

Что же касается работы с населением, по мнению Я.Власова, тех, кто полностью, категорически отвергает необходимость вакцинации, врачам переубедить трудно. Тут должно подключиться и телевидение, и другие средства массовой информации, причём объём информационного влияния необходим достаточно большой, постоянный и реализуемый всюду: в поликлиниках, школах, вузах, на предприятиях и в организациях, любых общественных местах.

Особенно обеспокоен Ян Владимирович отказами от обязательных прививок в роддомах. Значит, неонатальные центры, роддома, педиатры с мамами в этом плане существенно не дорабатывают.

Отдельная тема – ревакцинация взрослого населения, вакцинация пожилых. Она связана с тенденциями увеличения продолжительности жизни, активного долголетия, что без современных подходов к противодействию инфекционным заболеваниям сделать невозможно. «Это новое направление, и о нём тоже надо рассказывать населению, – подчёркивает Я.Власов. – Мы как пациентское сообщество считаем, что в Министерстве здравоохранения должна быть разработана отдельная информационная программа по вопросам иммунопрофилактики».

Доверие к вакцинации у населения снизилось во всех странах, особенно в развитых, отметил Н.Брико. Одну из причин в нашей стране он видит в том, что медицинские работники, которые учились 20-30 лет назад, имеют недостаточное представление о современной иммунологии и вакцинологии. Обновление этих знаний поможет переломить имеющиеся стереотипы о вакцинации среди жителей.

Большой вклад, по мнению А.Горелова, могут внести в профилактику иммунизации специалисты первичного звена, в частности, ФАПов.

«У нас огромная страна и часть территории обслуживается ФА-Пами, – сказал он. – Если мы на первом этапе медицинского образования не внедрим в сознание фельдшеров, акушеров-гинекологов знания о важности вакцинации, то результатов не добьёмся. Уже никто не сомневается, что медицинское образование должно быть непрерывным. И на каждом его этапе должна подчёркиваться значимость вакцинации. Я бы предложил даже сдавать отдельный зачёт по знанию национального календаря».

Эксперты единодушны: работу с населением следует начинать, как минимум, на уровне школьного обучения, вплоть до включения данных о вакцинопрофилактике в учебники и школьные программы.

Н.Брико рассказал: в Сеченовском университете пять лет функционирует кафедра эпидемиологии, ставшая авангардом профилактики, где уже сменилось несколько поколений студентов. В течение этого времени старшекурсники работали в школах, на уровне «равный – равному», вызывая большее доверие к той информации, которой они делились, нежели более взрослые люди, учителя. К такой профилактической работе подключились и ученики «предуниверсариев», профильных классов. Они совместно разрабатывают информационные листовки, другие материалы.

Таким образом, если подытожить мероприятия Всемирной недели иммунизации, конечная цель которой защитить от предотвращаемых с помощью вакцин болезней ещё больше людей, главный вывод напрашивается сам: эта работа должна быть постоянной и массовой. В разных странах в ней есть и общие тенденции, и свои особенности.

В России наиболее важными задачами на сегодня являются включение ряда распространённых и опасных инфекций в национальный календарь профилактических прививок, а также скорейшая гармонизация нормативных документов, регламентирующих порядок проведения плановой вакцинации на федеральном уровне.

Тенденции

Летняя школа неврологов: формат инновационный

Фонд здоровья мозга «Фронтмед» и Научный центр неврологии объявили набор слушателей в Летнюю школу молодых неврологов 2024 г. Тридцать талантливых, ярких и активных молодых врачей получат возможность пройти интенсивный образовательный курс по пяти направлениям неврологии. Мероприятия школы будут организованы с 10 по 14 июля в Коломне.

Прокомментировать предстоящее событие мы попросили куратора школы, руководителя группы неинвазивной нейромодуляции института нейрореабилитации Научного центра неврологии, кандидата медицинских наук Илью БАКУЛИНА.



– Школа – это новый формат образовательного курса по неврологии для врачей на старте карьеры. Её участниками могут стать молодые неврологи – ординаторы, аспиранты, а также начинающие врачи в течение первых трёх лет самостоятельной работы. Это специалисты, которые видят своё будущее в неврологической науке и хотят постигать секреты профессии в творческой обстановке, общаясь с опытными коллегами-наставниками.

Кураторами школы являются эксперты одного из ведущих неврологических учреждений страны – Научного центра неврологии. Вместе с ними молодые неврологи смогут

проанализировать новейшие научные данные и подходы к диагностике и лечению распространённых неврологических заболеваний. Кроме этого, участники ждут мастер-классы по нейровизуализации и другим смежным тематикам, дискуссии, квизы и сюрпризы от организаторов.

Мы разработали программу школы молодого невролога, ориентируясь на тех, кто обладает базовыми знаниями в нашей специальности, но ещё не успел накопить большой клинический опыт работы с пациентами.

Кураторы – это не только исследователи, но и практикующие неврологи с большим опытом,

которым они готовы поделиться. Кроме этого, каждый участник сможет разобрать вместе с куратором свой клинический случай и представить его остальным. Мы сохранили формат предыдущей Летней школы молодых неврологов, которая впервые состоялась в июле прошлого года в Суздале.

– Расскажите немного о её работе в прошлом году.

– Это было увлекательно и творчески, коллеги активно общались, обсуждая самые актуальные темы. Неврологи из 14 регионов страны работали в интенсивном режиме, посещая лекции, мастер-классы и нейровизуализацию, общаясь с коллегами, трудившись с кураторами над кейсами и сложными клиническими случаями из своей практики. В фокусе внимания были цереброваскулярные заболевания, болезнь Альцгеймера, миастения, а также неинвазивная нейромодуляция.

Школа помогла врачам и учёным повысить уровень практических знаний, познакомиться с ведущими разработками и новейшими тенденциями в неврологии, а также разобрать сложные случаи под руководством опытных специалистов. И, конечно же, расширить круг профессионального общения и почерпнуть новые идеи для дальнейшей научной работы и медицинской практики.

Мы планировали, что школа молодых неврологов фонда «Фронтмед» станет ежегодным событием, и продолжаем в 2024 г. её работу в этом формате.

Познакомиться с программой, составом преподавателей и узнать все подробности можно по ссылке (<https://frontmed.ru/school-neurology/>). Итоги отбора будут объявлены в начале июня. Подать заявку можно на сайте школы (<https://frontmed.ru/school-neurology/>).

Елена СЛУТИНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Акценты

Йодированная соль поможет снизить кретинизм

Почти все жители России испытывают дефицит тех или иных микроэлементов, а в ряде регионов дефицитные состояния по некоторым микроэлементам достигают 60%.

Для решения проблемы йододефицита Минздрав подготовил проект поправки к закону «Об основах охраны здоровья граждан», в котором предлагается использовать йодированную соль для приготовления хлеба для образовательных и медицинских организаций, организаций соцобслуживания, воинских частей и органов уголовно-исполнительной системы. Поправки опубликованы на портале проектов нормативных правовых актов. Как отмечается в пояснительной записке, все регионы России являются йододефицитными. Это приводит к тяжёлым последствиям: ежегодно в специализированной эндокринологической помощи нуждаются более 3 млн взрослых и около 400 тыс. детей с заболеваниями щитовидной железы.

Этот вопрос был затронут на пресс-конференции научного руководителя Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии и безопасности пищи, главного специалиста-дие-

толога Минздрава России, академика РАН Виктора Тутельяна. По его словам, в СССР вся соль была йодирована, а сейчас из-за дефицита йода растёт число больных с патологией щитовидной железы и отставанием в интеллектуальном и физическом развитии. Крайним проявлением этой патологии является кретинизм. Считается, что йодированная соль – самое эффективное, безопасное и в то же время простое и дешёвое средство профилактики йододефицита, способное обеспечить повышение показателей интеллекта населения на 15–20%. За последние 30 лет в 126 из 130 стран мира, где существовал дефицит йода, были приняты законодательные акты, ориентированные на массовое использование йодированной соли в питании. Из стран бывшего СССР только РФ и Украина до сих пор не имеют законодательного регулирования профилактики йододефицитных заболеваний. Многие регионы имеют также дефицит по селену, и им пищевые продукты тоже надо обогащать.

Вторая часть пресс-конференции была посвящена здоровому питанию. «Надо уметь читать этикетку», – сказал Виктор Александрович. Из 200 входящих в

рацион соединений 30 являются эссенциальными (т.е. жизненно необходимыми). «Соблюдать здоровое питание важно с момента зачатия», – подчеркнул он. Нельзя приучать ребёнка к сладкому. Следует избегать избыточного (более 5 г в день) потребления соли для профилактики гипертонической болезни. Рекомендуется снизить количество жиров (особенно насыщенных) в мясопродуктах (например, реже и меньше есть твердокопчёные колбасы). У 60% взрослого населения имеется избыточная масса тела, а у каждого четвёртого – ожирение. Нужна сила воли, чтобы ограничить себя в еде. Но недоедание (анорексия) столь же вредно, как и переедание. Должен соблюдаться закон соответствия ценности рациона энерготратам. Критикуя новомодные диеты, академик Тутельяна сказал: «Здоровым диеты не нужны. Надо правильно составить рацион и соблюдать баланс». Нутрициолог – тот, кто знает всё о здоровом питании, но не имеет медицинского образования. Диетолог – врач, знающий, кому и когда назначить лечебное питание.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Вредные факторы могут влиять на здоровье, формировать профессиональные заболевания. Именно поэтому вопросы укрепления их здоровья имеют первостепенное значение. Председатель Краснодарской краевой организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Алексей КЛОЧАНОВ знает об этом не понаслышке. Окончив Кубанский ГМУ, он начал работу хирургом, затем почти 20 лет спасал жизни людей в выездной бригаде скорой помощи. Многолетний опыт работы в медицинских учреждениях, в Минздраве Краснодарского края, профессиональные знания и активная жизненная позиция сегодня помогают Алексею Алексеевичу успешно руководить крупнейшей краевой организацией профсоюза и решать социально-трудовые задачи работников здравоохранения, в том числе связанные со здоровьем.



Профилактика

– Алексей Алексеевич, с учётом масштабов вашей организации, которая входит в число лидеров по количеству членов и по эффективности работы, как удаётся справляться с оздоровлением коллектива?

– Наша организация по состоянию на 1 января 2024 г. объединяет 275 первичных профсоюзных организаций, 145 из которых находятся на профсоюзном учёте и обслуживании в 13 местных организациях профсоюза, а 130 – на централизованном финансовом обслуживании и профучёте. Профсоюзным членством охвачены 77% (92 тыс. из 120 тыс. человек), что на 1,8% выше показателя 2022 г.

Оздоровление членов профсоюза и их семей мы всегда считали одним из основных направлений деятельности. В этом деле роль профсоюза особенно заметно выросла в годы пандемии коронавирусной инфекции, ставшей настоящим испытанием медиков на прочность. На плечи профсоюза тогда легла ответственность по защите прав медицинских работников в условиях поистине героической борьбы за жизнь и здоровье миллионов кубанцев. Огромная поддержка со стороны государства, безусловно, стала главенствующей в защите интересов медиков, находящихся в контакте с заболевшими. Однако порой на местах возникали спорные ситуации, и медработникам приходилось доказывать своё право на выплаты и другие компенсации.

Для решения этих вопросов в июле 2021 г. при Минздраве Краснодарского края была создана апелляционная комиссия, в состав которой я был включён. Всего за полгода комиссия рассмотрела 70 обращений, в 31 случае заболевания работников новой коронавирусной инфекцией при исполнении трудовых обязанностей признали страховыми. Особое внимание уделяли дополнительному страховому обеспечению медицинских работников и водителей автомобилей «скорой помощи», заболевших ковидом при исполнении служебных обязанностей. Сумма выплат по четырём случаям, признанным страховыми, составила 344 тыс. руб.

Но, как говорится, нет худа без добра: годы борьбы с пандемией дали большой опыт и сделали нашу работу гораздо более эффективной.

– Может, поэтому ваша профсоюзная программа оздоровления считается одной из лучших? Или всё дело в том, что Краснодарский край – сам по себе всероссийская здравница располагает большими

– В 2023 г. Краснодарская краевая организация Профсоюза работников здравоохранения РФ проводила эту работу по ряду программ. По программе поощрения «Лауреат 2022 г.» получили компенсацию части стоимости путёвок в санаторно-оздоровительные учреждения 90 членов профсоюза и 10 их детей, сумма выплат составила свыше 1 млн руб. За счёт средств нашего профсоюзного бюджета были приобретены 100 путёвок на 2023 г. и 120 на 2024 г. в санаторий «Русь» (Анапа), 50 курсовок в санаторий «Ди-Луч» (Анапа) и 45 курсовок в санаторий «Ейск» на общую сумму свыше 3,2 млн руб. для членов профсоюза учреждений здравоохранения, которые оплатили лишь 10% стоимости путёвок (курсовок).

и оздоровление их детей в загородных оздоровительных лагерях. Насколько эффективен показал себя этот инструмент?

– Фонд создавался для использования его средств в интересах членов профсоюза, то есть для частичной компенсации расходов на медицинские услуги, оказанные в рамках санаторно-курортного лечения. Его средства образуются за счёт целевых отчислений от общего сбора членских профсоюзных взносов нашей организации, а также других поступлений, не противоречащих действующему законодательству.

Право пользования денежными средствами фонда «Оздоровление» имеют работающие члены профсоюзных организаций, входящих в состав Краснодарской

Право на получение такой компенсации имеют работающие члены первичной профсоюзной организации, которая отвечает следующим условиям: имеет охват профсоюзным членством не менее 50% от общего числа работающих в организации, организовала занятия в физкультурно-спортивных организациях для группы не менее 10 человек; а для первичной профсоюзной организации, которая объединяет менее 100 членов профсоюза, – не менее 5% от численности своих членов.

Компенсация подлежит часть расходов по оплате услуг (абонементов) за занятия физической культурой и массовым спортом на систематической основе (с посещением занятий не менее 4 раз в месяц). В зависимости от стажа профсоюзного членства человека это от 50% до 70% от стоимости услуг. Компенсация выплачивается один раз в календарном году при заключении договора о возмездном оказании услуг на период не менее чем 3 месяца.

Хочу отметить, что наша работа в этом направлении не ограничивается только предоставлением компенсаций, она гораздо шире. Мы всячески поддерживаем мероприятия, популяризирующие здоровый образ жизни. В июле 2023 года, например, провели XXII туристский слёт работников сферы здравоохранения Краснодарского края «Медицинский экстрим – 2023». Он прошёл на базе отдыха «Кленовик» Абинского района, участвовали более 400 человек в составе 29 команд из 24 территорий края. Я сам его открывал и видел, с каким энтузиазмом и хорошим настроением молодые медики участвовали в соревнованиях по туристической соревнования и в военизированной эстафете, в тематических конкурсах.

В октябре прошлого года мы провели увлекательное мероприятие под названием: анкетизация на тему «Здоровый образ жизни» – в стиле юмористической игры. В ней приняли участие команды студентов и сотрудников Кубанского ГМУ. Задания, которые были основаны на музыке, фильмах, клипах, выводились на экраны, и нужно было подключить интуицию, чтобы их разгадать. Пропаганда здорового образа жизни в таком формате понравилась всем участникам программы.

В январе этого года состоялся товарищеский матч между футбольными командами работников Краевой клинической больницы №2 и студентов Кубанского ГМУ. Борьба за мяч на поле развернулась нешуточная, игра была по-настоящему интересной и порождала болельщиков.

Этот год, как известно, объявлен Годом семьи, и профсоюз, активно выступающий за защиту и укрепление традиционных ценностей, конечно, не остается в стороне. У нас запланирован целый ряд мероприятий, направленных на формирование культуры здорового образа жизни как важнейшей ценности для каждой семьи и гражданина.

Повторю, оздоровление членов профсоюзов – важная составляющая нашей работы. Исследования подтверждают высокий уровень профзаболеваний медработников из-за неблагоприятных или вредных условий труда, которые истощают защитные силы организма, а также из-за постоянного нервно-психического напряжения, связанного с высокой ответственностью за жизнь и здоровье больного. Наша задача – помочь врачу восстановить здоровье, душевное равновесие, жизненный тонус. Ведь в конечном итоге от этого будет зависеть результат его деятельности – здоровье пациента.

Беседу вел
Андрей ДЫМОВ.

Профсоюз здоровых медиков

Повседневная деятельность медицинских работников сопряжена с негативным воздействием вредных факторов

возможностями для оздоровления?

– Преимущества региона, такие как мощная транспортная инфраструктура, природные ресурсы, благоприятный климат, самая развитая в России сеть санаториев, пансионатов с лечением и бальнеолечебниц, конечно, играют нам на руку. Есть возможность обеспечить медицинских работников комфортабельным отдыхом и профильным лечением в лучших санаториях и пансионатах. По льготным путёвкам с профсоюзной скидкой предлагаем также выбор здравниц и организацию отдыха для родителей с детьми в Ессентуках, Железноводске, Кисловодске, Пятигорске, Анапе, Геленджике, Горячем ключе, Ейске, Сочи, Туапсе, Республике Крым.

Это лучшие курорты, где можно укрепить здоровье и отдохнуть от ежедневных забот, привычной суеты. Есть обширные оздоровительные программы, современное оборудование для лечения, высококвалифицированные врачи, комфортные номера, культурный досуг, развлекательные программы, отличное питание с возможностью составить индивидуальное диетическое меню. Санатории располагают всей инфраструктурой для приятного досуга – бассейнами, тренажёрными залами, косметическими кабинетами, прокатом спортивного инвентаря, экскурсиями. Всё это позволяет отдохнуть душой и телом, улучшить самочувствие, избавиться от стресса, получить заряд бодрости и сил.

При этом, организовав отдых и санаторно-курортное лечение наших членов и их семей, мы оказываем помощь в подборе здравниц и направлении на лечение на основании медицинских показаний и реабилитации, принимаем от членских организаций заявления членов профсоюза на санаторно-курортное лечение и отдых, обеспечиваем их информацией о наличии мест, ценах на путёвки, порядке и форме бронирования мест и иными необходимыми сведениями.

– Минувший год был непростым для страны. Как вам удалось выполнить программу оздоровления своих членов?

Было организовано оздоровление на базе санатория «Кавказ» (Сочи) членов профсоюза и их детей со сроком пребывания 7 календарных дней в период с 29 мая по 3 сентября. Всего оздоровлено 143 работника. Кроме того, по льготной цене разрешалось размещение в номере несовершеннолетних детей. Из средств нашего профсоюзного бюджета было оплачено 70% стоимости путёвок, что составило около 1,3 млн.

Частично компенсировали расходы на медицинские услуги в рамках санаторно-курортного и курсового лечения из фонда «Оздоровление» Краснодарской краевой организации профсоюза 119 членам и 5 их детям из 48 первичных профсоюзных организаций, общая сумма составила 745 тыс. руб.

Всего различными формами оздоровления и отдыха в 2023 г. было охвачено 574 члена профсоюза, общие расходы на эти цели превысили 6,2 млн.

Кроме того, оказывалась помощь в приобретении санаторно-курортных путёвок с двадцатипроцентной скидкой. По этой программе в санаторно-курортных учреждениях и на базах отдыха прошли оздоровление 206 членов профсоюза и членов их семей, сумма предоставленных скидок составила 1,6 млн руб.

Хочу подчеркнуть, что путёвки выгодно приобретать через профсоюз. Это легко посчитать. Например, при зарплате 20 тыс. руб. скидка 20% на профсоюзную путёвку составит 860 руб. Если взносы за год составляют 2400 руб., то выгода (скидка минус взносы) равна 4460 руб. Даже и при скидке в 10% вы оказываетесь в выигрыше. В любом случае профсоюзные взносы работают на его членов. Но материальная выгода, очевидная для членов профсоюза, важна также и для нас, поскольку мотивирует профсоюзное членство.

– Вы упомянули фонд «Оздоровление», который, как декларируется, создан в целях оказания материальной помощи членам профсоюза на санаторно-курортное лечение

краевой организации профсоюза и имеющих охват профсоюзным членством не менее 50% от общего числа работающих в организации. Материальная помощь из фонда предоставляется членам профсоюза (совместно с детьми в возрасте до 14 лет включительно, а также с инвалидами с детства или детьми-инвалидами независимо от возраста) в виде частичной компенсации произведённых расходов на медицинские услуги в рамках санаторно-курортного или курсового лечения, не чаще одного раза в календарном году. Минимальная продолжительность такого лечения составляет 10 календарных дней. Размер материальной помощи зависит от непрерывного профсоюзного стажа: минус 30% от стоимости медуслуг при профсоюзном стаже от 3 до 5 лет; минус 40% при стаже от 5 до 10 лет; минус 50% при стаже свыше 10 лет.

Как я уже сказал, частичная компенсация расходов на медицинские услуги в рамках санаторно-курортного и курсового лечения из фонда в 2023 г. составила 745 тыс. руб. Мы рассчитываем, что средства фонда будут расти, и члены профсоюза обязательно почувствуют это.

– Врачи не устают повторять, что здоровье во многом зависит от самих граждан, и призывают вести здоровый образ жизни. А насколько сами врачи следуют этим советам?

– Напоминать им об этом, содействовать поддержанию физической формы и душевного здоровья медиков, вовлекать в занятия спортом и физической культурой – в этом профсоюзы тоже видят свою задачу. Отмечу, что на основании постановления президиума Краснодарской краевой организации Профсоюза работников здравоохранения РФ наши члены могут получить частичную компенсацию за занятия физической культурой и массовым спортом. Имеются в виду посещения фитнес-центров, бассейнов, коммерческих спортивных секций, других физкультурно-спортивных организаций, которые оказывают подобные услуги.

С момента создания Самарский государственный медицинский университет подготовил для здравоохранения страны десятки тысяч медицинских работников – блестящих врачей, учёных, фармацевтов.

Торжественное мероприятие по случаю юбилея вуза состоялось в Самарском академическом театре оперы и балета им. Д.Д.Шостаковича. На праздник собрались друзья университета из разных регионов России – ректоры российских вузов, врачи ведущих клиник, представители научного, медицинского сообщества, государственных ведомств, коллеги и партнёры.

Со сцены прозвучало много тёплых слов о СамГМУ и достижениях тех, для кого университет открыл славный путь в медицину. Сегодня вуз занимает уникальную позицию в отечественной высшей медицинской школе. Он прошёл развитие от академической модели классического медицинского вуза до модели медицинского технологического университета. Этот формат не имеет аналогов в России и, по сути, изобретается здесь и сейчас благодаря интеграции разных процессов – образования, науки, производства инновационной медицинской продукции, создания высокотехнологичных решений и многопрофильной клинической деятельности.

О неординарном пути его развития и достижениях университета в рамках формирования технологического суверенитета страны в области медицины на церемонии говорили не только представители вуза, но и гости, которые наблюдают за его успехами.

С почётной датой поздравил и министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. В своём видеообращении он подчеркнул, что СамГМУ совершил масштабный рывок в будущее, став вузом новых возможностей.

«Сегодня университет вносит значимый вклад в развитие здравоохранения и усиление кадрового потенциала отрасли, а также в формирование технологического суверенитета страны», – отметил министр. Он подчеркнул особую ценность преемственности: «В современном развитии, при котором вуз сделал ставку на технологии и инновации, он опирается на наследие научных школ, знания в области медицины и педагогики, опыт и мастерство, заложенные наставниками».

СамГМУ относится к ведущим вузам, подведомственным Минздраву России, отметила заместитель директора Департамента науки и инновационного развития здравоохранения Министерства здравоохранения РФ Анна Анискевич. «Во время знакомства с инновационными разработками вуза я увидела все достижения, все результаты, которые получены в ходе выполнения научных исследований, организации производства. Можно сказать, что здесь есть все направления медицинской науки, перспективные в данное время. Это и биомедицинские клеточные технологии, и технологии искусственного интеллекта, и технологии, направленные на персонализированные методы лечения», – сказала А.Анискевич.

Тёплые поздравления в адрес СамГМУ также направил вице-президент Российской академии наук, член Президиума РАН, член Бюро отделения медицинских наук РАН, заместитель председателя Экспертного совета РАН, академик РАН Михаил Пирадов.

С памятной датой университет поздравила и региональная власть. «Выбранный вузом вектор развития доказал свою успешность. И дальше, я уверен, вас ждут не менее амбициозные планы и проекты. Самарская земля верит в вас и знает, что люди в белых халатах сделают всё возможное и даже сверх этого!», – прозвучало в поздравлении губернатора области Дмитрия Азарова.

Министр здравоохранения области Армен Бенян подчеркнул, что университет находится на ста-



ми, бесконечно влюблены в профессию. Без этого в нашем деле просто нельзя. И именно благодаря этому, благодаря общей нацеленности на результат, мы совместно производим мощный синергетический импульс, так необходимый для прорывного развития».

На торжественной церемонии высокими государственными наградами отмечены особо отличившиеся сотрудники университета. Тёплые поздравления в честь альма-матер прозвучали от студентов, которые подготовили творческие номера и записали видеоприветствие со словами благодарности педагогическому коллективу.

В настоящий момент в структуре университета работают 72 теоретические и клинические кафедры, 10 научных центров, 8 образовательных институтов, институт ин-



Вехи

С традициями к инновациям

Самарский ГМУ – один из лидеров медицинского образования страны отмечает 105-летие



новационного развития, институт цифрового развития и собственный центр серийного производства. В университете трудится 815 сотрудников профессорско-преподавательского состава, из которых более 70% имеют учёные степени и звания. В СамГМУ действуют 7

тет-2030»: по итогам 2023 и 2022 гг. СамГМУ занял первое место среди всех вузов России в группе «Территориальное и отраслевое лидерство». Занимает также третье место среди всех вузов в проекте передовых инженерных школ Министерства науки и высшего образования

дии непрерывного развития. «Это обусловлено и медицинской профессией в целом, и тем вектором, который был задан руководством вуза, и, конечно же, требованиями нынешнего времени», – сказал министр. – Сегодня мы идём с опережением. И говоря «мы», я подразумеваю интеграцию университета и практического здравоохранения, которая реализуется в подготовке квалифицированных кадров, непрерывном обучении специалистов отрасли и во внедрении всех инноваций, которые разрабатываются на площадке вуза. В том числе благодаря этому система здравоохранения области сейчас находится на передовой».

О самых значимых достижениях университета в разных направлениях деятельности со сцены рассказал ректор СамГМУ, профессор РАН, заслуженный деятель науки РФ Александр Колсанов.

Он подчеркнул, что на первом месте для университета стоит

подготовка кадров. С 1 сентября нового учебного года в вузе будет реализовываться новая концепция образования, которая позволит ещё больше адаптировать компетенции выпускаемых специалистов к запросам практического здравоохранения. Университет продолжит развивать производственную деятельность, усиливая мощности и расширяя линейку выпускаемой продукции медицинских изделий. Говоря о медицинской деятельности, А.Колсанов отметил, что в многопрофильном федеральном центре – Клиниках СамГМУ – будут и дальше внедряться самые передовые технологии во благо пациентов.

«Но главное – это, конечно, весь коллектив университета, благодаря которому вуз уверенно шагает вперёд, порой опережая время», – подчеркнул ректор. – Все мы, будучи разными людьми с самыми разными характерами, компетенциями, сильными и слабыми сторона-



диссертационных советов по 16 специальностям, в том числе первый в стране диссертационный совет по медицинской информатике. В вузе получают образование более 8 тыс. обучающихся. В 2023 г. обучено порядка 17 тыс. медицинских специалистов на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Выпускники СамГМУ высоко востребованы в медицинских организациях страны. В 2023 г. доля их трудоустройства превысила 94%.

Университет является абсолютным победителем в федеральной программе стратегического академического лидерства «Приори-

РФ, выиграл грант на открытие уникального центра национальной технологической инициативы по сквозной технологии «Бионическая инженерия в медицине».

СамГМУ обладает уникальной практикой создания прикладных разработок полного инновационного цикла: от идеи до коммерциализации. Основные продукты распределены по рыночным нишам: реабилитация, телемедицина, медицинские информационные системы и СППВР, образовательная медицинская платформа, нейронавигация.

Университет организовал собственный центр серийного производства, который успешно стал действовать в конце 2022 г. За последние годы университет сделал значительный шаг в создании разработок: в начале 2019 г. было 16 продуктовых решений на рынке, а в конце 2023 г. их уже насчитывалось 71 единица.

В Клиниках СамГМУ выполняются высокотехнологичные операции, в том числе по трансплантации органов (печени, почек, сердца), работает аортальный центр, где в режиме 24/7 выполняют все ныне существующие виды плановых и экстренных операций на всех отделах аорты, проводится трансплантация костного мозга, эндопротезирование любых суставов и другие уникальные операции. Здесь впервые в России разработан и успешно установлен отечественный раздвижной эндопротез собственного производства. На сегодняшний день насчитывается более 500 случаев использования эндопротезов СамГМУ из титана и керамики, модульных эндопротезов.

Подготовила
Маргарита ДЕМИНА.



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (2425)

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – эндокринное заболевание, характеризующееся избыточной секрецией ПТГ при верхне-нормальном или повышенном уровне кальция крови вследствие первичной патологии ОЩЖ. ПГПТ проявляется полиорганными нарушениями различной степени выраженности и, как следствие, может приводить к существенному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, повышенному риску преждевременной смерти.

Этиология и патогенез

ПГПТ в 85-90% случаев обусловлен солитарной аденомой ОЩЖ, в 5-10% случаев – множественными аденомами или гиперплазией нескольких/всех ОЩЖ; в 1% – раком ОЩЖ. В 90-95% случаев ПГПТ является спорадическим, около 5-10% составляют наследственные формы, которые проявляются изолированной патологией ОЩЖ или протекают в сочетании с другими компонентами генетически детерминированных синдромов.

Патогенез опухолей ОЩЖ изучен недостаточно, в литературе обсуждается влияние некоторых протоонкогенов и генов супрессоров опухолевой активности на развитие образований ОЩЖ. В качестве предположительных механизмов запуска гиперплазии с последующей трансформацией в аденому ОЩЖ рассматриваются хронический дефицит витамина D и усиление его инактивации в печени. Постоянная потребность в гиперсекреции ПТГ предположительно порождает конверсию протоонкогенов в онкогены или инактивацию генов-супрессоров пролиферации. Образование опухоли часто представляет собой многоэтапный процесс, во время которого клетки приобретают мутации/делеции в одном или нескольких генах, не исключается участие эпигенетических факторов. Большинство новообразований являются моноклональными, что подразумевает их происхождение из одной аномальной клетки. В ряде случаев спорадических форм ПГПТ могут происходить ключевые соматические онкогенные события – соматические мутации в генах MEN1, CDC73, CASR или ингибиторов циклин-зависимых киназ CDKs, что приводит к формированию опухолевой ткани. По результатам исследований с использованием высокопроизводительного секвенирования (NGS) было показано, что в основе формирования спорадических аденом ОЩЖ в 35% случаев лежат соматические мутации MEN1, и только в 10% определяются соматические мутации в других генах, например, EZH2, POT1.

ПГПТ, сопровождающийся гиперплазией ОЩЖ или множественными аденомами, как правило, связан с наследственными синдромами и может быть обусловлен мутациями в различных генах. Синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа (МЭН-1) ассоциирован с мутациями в гене-супрессоре опухолевого роста MEN1; синдром МЭН-2 – с мутациями протоонкогена RET; синдром МЭН-4 развивается вследствие мутации ингибитора циклин-зависимой киназы CDKN1B. Синдром гиперпаратиреоза с опухолью нижней челюсти (НРТ-ЖТ) ассоциирован с мутациями в гене CDC73, кодирующем белок парафибромин. Семейный изолированный гиперпаратиреоз (FIHP) – редкое заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующееся развитием опухоли одной или нескольких ОЩЖ и отсутствием других новообразований эндокринных и неэндокринных органов, иногда может представлять собой неполный вариант других синдромов (МЭН-1, НРТ-ЖТ). FIHP может быть ассоциирован с мутациями в генах MEN1, CASR и CDC73. Семейная гипокальциемическая гиперкальциемия (FHH) – генетически гетерогенное заболевание, обусловленное мутациями в генах CASR, G 11, AP2S1, требует проведения дифференциальной диагностики с ПГПТ. Для карцином ОЩЖ описаны мутации в генах CDC73 (около 50% случаев), мутации PRUNE2 – в 18%.

Эпидемиология

До середины 1970-х гг. ПГПТ считали редкой патологией фосфорно-кальциевого обмена, проявляющейся тяжёлой клинической симптоматикой с поражением почек (рецидивирующий нефролитиаз), костной системы (патологические переломы, деформация скелета, фиброзно-кистозный

остеит) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ, рецидивирующие язвы желудка и 12-перстной кишки). По результатам крупнейшего эпидемиологического исследования, проведённого в 1965-1974 гг. в клинике Мейо г.Рочестера (США), заболеваемость ПГПТ составила в среднем 7,8±1,2 случая на 100 тыс. жителей.

Первичный гиперпаратиреоз

Клинические рекомендации

За последние десятилетия произошли существенные изменения в представлениях об эпидемиологии заболевания. Отмечено резкое увеличение выявляемости ПГПТ, в том числе из-за бессимптомных форм, не сопровождающихся высокой гиперкальциемией. Указанные изменения обусловлены прежде всего появлением автоматических биохимических анализаторов и активным внедрением повсеместного определения уровня кальция в странах Северной Америки, Западной Европы и Китае. В общей популяции распространённость ПГПТ составляет в среднем 0,86-1%. Необходимо отметить, что результаты эпидемиологических исследований остаются вариабельными, что обусловлено различиями в диагностических критериях ПГПТ и методологии биохимического скрининга кальциемии. ПГПТ может встречаться во всех возрастных группах, включая детей и подростков. Однако совокупность фактических данных свидетельствует о том, что частота возникновения ПГПТ увеличивается с возрастом, и средний возраст на момент постановки диагноза составляет 54–59 лет. Большинство пациентов при спорадическом ПГПТ – женщины в постменопаузе с развитием заболевания в течение первого десятилетия после наступления менопаузы. Соотношение мужчин и женщин в среднем 1 : 3.

Наиболее объективные данные о распространённости ПГПТ представляют крупные эпидемиологические исследования, проведённые в Швеции с 1976 по 2002 г., и десятилетнее проспективное исследование одного округа Шотландии среди всех жителей старше 20 лет. По данным шведских исследований распространённость ПГПТ среди взрослых лиц обоих полов старше 18 лет составляла примерно 1% от всего взрослого населения, возрастая до 2,1% в группе женщин в менопаузе (55-75 лет). В результате исследования шотландской популяции за 10 лет зарегистрировано 2709 новых случаев ПГПТ: 1918 женщин (71%) и 791 мужчина (29%). В подавляющем большинстве заболевание диагностировалось у лиц старше 40 лет. Пик заболеваемости приходился на период 60-70 лет, что подтверждало повышение риска развития заболевания с возрастом. Соотношение женщины/мужчины возрастало от 2 (в возрасте 40-49 лет) до 4 (в период старше 80 лет). В результате заболеваемости ПГПТ составила в разные годы от 4,13 до 11,3 случаев на 10 000 человеко-лет. В одном из последних исследований по эпидемиологии ПГПТ в Калифорнии были проанализированы данные о 15 234 пациентах с хронической гиперкальциемией и установлено, что в 87% наблюдений причиной повышения кальция сыворотки крови являлся ПГПТ. Распространённость ПГПТ колебалась в среднем в пределах 34-120 случаев на 10 тыс. среди женщин и 13-36 случаев среди мужчин. С возрастом определялось значимое увеличение заболеваемости в целом и преобладание среди женщин, кроме того, авторы выявили достоверную разницу в частоте развития заболевания в зависимости от этнической принадлежности пациентов

(максимальная распространённость отмечена для афроамериканцев, $p < 0,0001$). Таким образом, первичное поражение ОЩЖ остаётся основным этиологическим фактором гиперкальциемии. Необходимо отметить, что на втором месте среди причин гиперкальциемии находятся злокачественные новообразования. В более чем 50% случаев паранеопластическая гиперкальциемия обусловлена раком молочной железы с отдалёнными метастазами в кости. Гиперкальциемия наблюдается при злокачественных опухолях лёгких и почек, гемобластозах (миеломная болезнь, лимфомы, лимфогранулёматоз, лейкозы). Повышение кальция сыворотки крови развивается в результате метастатического поражения скелета, а также локальной активации процессов костной резорбции из-

(остеопороз, фиброзно-кистозный остеит, деформации костей, переломы, нарушения походки), патологию почек (нефролитиаз/нефрокальциноз, снижение фильтрационной и концентрационной функции почек), реж ЖКТ (рецидивирующие дефекты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и желудка, панкреатиты, кальцинаты поджелудочной железы – панкреокалькулез). Помимо этого, выявляются изменения состояния сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, гипертрофия миокарда левого желудочка и диастолическая дисфункция левого желудочка, нарушения ритма и проводимости сердца), находящиеся в прямой зависимости от уровня интактного ПТГ (иПТГ), нарушений фосфорно-кальциевого обмена и состояния фильтрационной

за выработки метастазами цитокинов типа фактора некроза опухоли и интерлейкина-1 или гуморальных активаторов остеокластов, особенно ПТГ-подобного пептида.

У большей части пациентов в Российской Федерации гиперкальциемия диагностируется отсрочено, поскольку определение содержания кальция не входит в общепринятый биохимический анализ крови. Это создаёт предпосылки для позднего выявления гиперпаратиреоза. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года № 1006 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения», общепринятый биохимический анализ включает в себя только определение уровня общего белка, альбумина, креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансферазы, аланин-аминотрансферазы, глюкозы, холестерина, натрия, калия.

В Российской Федерации широкомасштабных эпидемиологических исследований не проводилось. Пилотные скрининговые исследования уровня кальция крови проводились в период с 2005 по 2017 г. на независимых выборках взрослых жителей четырёх регионов России, различных по своим экологическим и социальным условиям (Сургут $n=191$ (группа 1), Иркутск $n=243$ (группа 2), Москва $n=499$ (группа 3), Московская область $n=675$ (группа 4)). Частота гиперкальциемии по группам составила 9%, 5%, 3% и 1% случаев соответственно, а в среднем около 3% (51/1608). Эти результаты соответствуют американским эпидемиологическим данным, где повышение кальция сыворотки крови выявлялось в 2,7% случаев.

По результатам анализа 1914 пациентов с ПГПТ (Российский регистр пациентов с первичным гиперпаратиреозом) на декабрь 2017 года наблюдается возрастание распространённости заболевания по г. Москва. В 2017 г. она составила 13 случаев на 100 тыс. взрослого населения (2016 г. – 5,6 случаев, на 2010 г. – 4 случая на 100 тыс. взрослого населения). По Московской области распространённость ПГПТ на декабрь 2017 г. составила 3,4 случая на 100 тыс. взрослого населения (по сравнению с 2014 г. – 0,25 случаев). Несмотря на повышение распространённости, полученные данные не соответствуют частоте гиперкальциемии, обнаруженной по данным пилотного скрининга уровня кальция среди взрослого населения. В основном преобладали манифестные формы ПГПТ – в 67% случаев, бессимптомное течение заболевания определялось в 33%, в то время как в странах Европы, Северной Америки уже к 2004 г. частота манифестных форм не превышала 20%.

Клиническая картина

Развитие клинической картины ПГПТ обусловлено прежде всего патологическим действием повышенного уровня ПТГ и кальция крови. В большинстве случаев симптомный ПГПТ сопровождается «классическими» проявлениями, к которым относят нарушения опорно-двигательного аппарата

функции почек, а также нейрокогнитивные расстройства. Тем не менее пока нет убедительных данных считать нейрокогнитивные и сердечно-сосудистые нарушения характерными клиническими проявлениями ПГПТ, несмотря на то что в ряде исследований было показано улучшение этих симптомов после паратиреоидэктомии.

По данным литературы, ПГПТ может являться дополнительным фактором риска развития ожирения, приводить к повышению риска развития инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа, проатерогенным нарушениям липидного спектра крови, к вторичной гиперурикемии.

Диагностика

Критерии установления диагноза гиперкальциемической формы ПГПТ на основании результатов лабораторных исследований: гиперкальциемия в сочетании со стойким повышением уровня ПТГ (исключив семейную доброкачественную гипокальциурическую гиперкальциемия), гиперкальциемия в сочетании с высоконормальным уровнем ПТГ (на верхней границе референсного интервала, но не выходящий за его пределы).

Диагноз гиперкальциемической формы ПГПТ рекомендуется устанавливать у пациентов при наличии гиперкальциемии в сочетании со стойким повышением уровня ПТГ или высоконормальным уровнем ПТГ (на верхней границе референсного интервала, но не выходящим за его пределы), исключив семейную доброкачественную гипокальциурическую гиперкальциемия с целью решения о проведении дополнительного обследования и выбора оптимальной тактики лечения.

Критерии установления диагноза нормокальциемической формы ПГПТ на основании результатов лабораторных исследований при условии минимум двукратного определения в интервале 3-6 мес.: стойкая нормокальциемия (сохранение показателей альбумин-скорректированного и ионизированного кальция в референсном диапазоне), повышение уровня иПТГ после исключения возможных вторичных причин гиперпаратиреоза, нормокальциурии.

Диагноз нормокальциемической формы ПГПТ рекомендуется устанавливать у пациентов при наличии следующих критериев:

- стойкое сохранение показателей альбумин-скорректированного и ионизированного кальция в референсном диапазоне за весь период наблюдения при повышенном уровне иПТГ (минимум двукратное определение в интервале 3-6 месяцев)
- исключение возможных вторичных причин гиперпаратиреоза (вместо всего дефицита/недостаточности витамина D (25(OH)D ≥ 30 нг/мл) и ХБП (СКФ) ≤ 60 мл/мин)
- отсутствие гиперкальциурии.

У ряда пациентов с ПГПТ уровень общего кальция в крови может сохраняться в пределах референсного диапазона, при этом отмечается повышение уровня ионизированной фракции, что также считается гиперкальциемией и не соответствует критериям постановки диагноза нПГПТ. Та-

ким образом, определение Са⁺⁺ поможет избежать диагностических ошибок, однако не все клинические лаборатории располагают необходимым оборудованием. В таких случаях необходимо ориентироваться на показатели альбумин-скорректированного кальция. С целью верификации нПГПТ нормокальциемия и повышенный уровень ПТГ должны выявляться по меньшей мере в двух последующих измерениях в течение 3-6 месяцев.

Помимо недостаточности/дефицита витамина D и ХБП (СКФ₃₀ ≤ 60 мл/мин), также необходимо исключить и другие вторичные причины гиперпаратиреоза: приём препаратов, влияющих на уровень кальция/ПТГ (бифосфонаты (М05ВА), деносумаб, препараты лития); гиперкальциурия; заболевания ЖКТ, вызывающие мальабсорбцию.

Жалобы и анамнез

Определение уровня кальция сыворотки крови рекомендуется пациентам, имеющим одно или несколько из следующих клинических состояний и/или признаков, с целью принятия решения о дальнейшем обследовании на предмет исключения или верификации ПГПТ:

- клинические симптомы гиперкальциемии, включая инсипидарный синдром (полиурия/никтурия/полидипсия, не обусловленные сахарным или несахарным диабетом);
- тошноту, рвоту, снижение аппетита, дегидратацию
- остеопороз или предшествующие низкотравматичные переломы в анамнезе (особенно переломы шейки бедра, дистального отдела костей предплечья), клинические проявления фиброзно-кистозного остеита, включая деформации скелета, боли в рёбрах
- нефролитиаз (особенно рецидивирующий), нефрокальциноз
- рецидивирующая язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, калькулезного панкреатита.

Клинические проявления ПГПТ в большинстве случаев обусловлены гиперкальциемией. Лёгкая гиперкальциемия (общий кальций <3 ммоль/л (12 мг/дл)) может длительно оставаться бессимптомной или проявляться в виде неспецифических жалоб, таких как общая и мышечная слабость, утомляемость, снижение эмоционального фона. Умеренная гиперкальциемия (общий кальций сыворотки крови >3-3,5 ммоль/л (12-14 мг/дл)) при хроническом течении может идти с минимальной симптоматикой. Быстро прогрессирующая гиперкальциемия может сопровождаться ухудшением состояния в виде появления таких симптомов, как полиурия, полидипсия, дегидратация, снижение аппетита, тошнота, мышечная слабость. У пациентов с тяжёлой гиперкальциемией (общий кальций сыворотки крови > 3,5 ммоль/л (14 мг/дл)) отмечается высокий риск гиперкальциемического криза. При сборе анамнеза необходимо учитывать приём препаратов, влияющих на фосфорно-кальциевый обмен.

Нефролитиаз – одно из основных осложнений ПГПТ, поэтому в анамнезе необходимо учитывать наличие приступов спастических болей в поясничной области (почечная колика) с тошнотой, рвотой, изменением мочевого осадка, лейкоцитурией и гематурией. В 10% случаев симптомный нефролитиаз при ПГПТ может характеризоваться рецидивирующим течением с частыми приступами почечной колики. По результатам последних исследований частота симптомного нефролитиаза в когорте пациентов с ПГПТ значительно сократилась, однако при проведении визуализирующих методов исследования (ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) почек) чаще стали диагностироваться «молчащие» формы заболевания (бессимптомный нефролитиаз/нефрокальциноз). Анализ результатов обследования когорты пациентов с нефролитиазом (5 крупных исследований, n=5927) продемонстрировал, что распространённость ПГПТ в данной популяции может значительно превышать общепопуляционные значения и достигать 3,2-5%.

Фиброзно-кистозный остеит относится к тяжёлым костным нарушениям, характерным для симптомного (манифестного) ПГПТ и сопровождается выраженными болями в костях, деформациями скелета и патологическими переломами. В настоящее время фиброзно-кистозный остеит диагностируется значительно реже, тем не менее пациенты могут сообщать о перенесённых низкотравматичных переломах. При бессимптомном течении ПГПТ патологические изменения скелета верифицируются, как правило, при снижении минеральной плотности кости (МПК) по результатам рентгеноденситометрии. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ПГПТ чаще выявляется среди

пациентов с переломом шейки бедра по сравнению с лицами без перелома (n=888, 4,7 против 1,13%). При обследовании женщин в постменопаузе (n=119) в 6,7% случаев при наличии перелома дистального отдела преддлечья в анамнезе выявляется ПГПТ.

Необходим тщательный сбор анамнеза касательно других симптомов, ассоциированных с ПГПТ, включая язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, острый панкреатит, чаще ассоциированных с умеренной и тяжёлой гиперкальциемией. Рецидивирующие пептические язвы верхних отделов ЖКТ ранее относились к частым осложнениям ПГПТ. В настоящее время они диагностируются значительно реже и более характерны для молодых пациентов с синдромами множественных эндокринных неоплазий и сопутствующими гастрин-продуцирующими опухолями. Результаты исследований патогенетической взаимосвязи между ПТГ-опосредованной гиперкальциемией и повышенной секрецией гастринина и желудочного сока остаются противоречивыми.

Проявления со стороны мышечной системы, включающие проксимальную мышечную слабость и атрофию, в настоящее время редки, но многие пациенты с ПГПТ предъявляют субъективные жалобы на повышенную утомляемость и генерализованную слабость. Ранее к классическим психическим проявлениям ПГПТ относили тяжёлое нарушение когнитивных функций и сознания, острый психоз. В настоящее время всё чаще сообщается об умеренных психических расстройствах, таких как усталость, депрессия, эмоциональная лабильность, нарушения сна, ухудшение памяти и неспособность сконцентрироваться. Многие пациенты оценивают изменения своего состояния лишь ретроспективно, после успешного хирургического лечения, отмечая улучшение общего качества жизни, улучшение памяти и настроения.

Необходим тщательный сбор персонального и семейного анамнеза при подозрении на синдромальные формы эндокринопатий.

Общий осмотр подразумевает оценку общего физического состояния, роста и массы тела. При осмотре у пациентов с тяжёлым течением ПГПТ можно отметить атрофию мышц, формирование «утиной походки». Следует обратить внимание на деформации скелета, наличие костных разрастаний в области лицевой части черепа, крупных суставов, трубчатых костей.

Физикальное обследование

Пациентам с подозрением на ПГПТ рекомендуется оценка общего физического состояния, роста (снижение роста на 2 см и более за 1-3 года или на 4 см и более за всю жизнь), нарушения походки, состояния мышц и скелета (деформации, переломы), наличия костных разрастаний в области лицевой части черепа, крупных суставов, трубчатых костей с целью выявления характерных проявлений заболевания со стороны костной системы.

Лабораторные диагностические исследования

Диагноз ПГПТ основывается только на данных лабораторного обследования.

Пациентам с впервые выявленной гиперкальциемией рекомендуется повторное определение уровня общего кальция, альбумина (с расчётом альбумин-скорректированного кальция) и/или ионизированного кальция с целью исключения ложноположительных результатов лабораторных анализов.

Около 99% кальция депонируется в костной ткани и лишь 1% циркулирует во внутриклеточной жидкости и в плазме крови. В плазме кальций присутствует в ионизированной форме (около 50%), в связанном с белками состоянии (45%, в основном с альбуминами) и с комплексующими анионами (фосфатом, цитратом – около 5%). Метаболически активной считается свободная (ионизированная) форма кальция.

Гиперкальциемический вариант ПГПТ составляет большинство случаев заболевания, поэтому при подозрении на ПГПТ первоначально рекомендуется определение уровня альбумин-скорректированного кальция крови, при этом гиперкальциемия должна быть подтверждена более чем в одном измерении, прежде чем пациенту будет назначено расширенное обследование. Корректировка кальция на уровень альбумина крови необходима с целью исключения ложно повышенных или ложно заниженных показателей кальциемии при изменении концентрации плазменных белков. Коррекция общего каль-

ция рекомендуется при уровне альбумина менее 40 г/л и более 45 г/л.

Формулы для расчёта альбумин-скорректированного кальция:

● общий кальций плазмы (ммоль/л) = измеренный уровень общего кальция плазмы (ммоль/л) + 0,02 x (40 – измеренный уровень альбумина плазмы (г/дл))

● общий кальций плазмы (мг/дл) = измеренный уровень общего кальция плазмы (мг/дл) + 0,8 x (4 – измеренный уровень альбумина плазмы (г/дл))

● коэффициент пересчёта: [кальций] мг/дл x 0,25 ==> [кальций] ммоль/л.

Ложных результатов можно также избежать путём прямого определения ионизированного кальция (Са⁺⁺). Этот показатель менее вариабельный, однако для его определения необходимо специальное оборудование – анализатор с использованием ион-селективных электродов, доступность которого в клинических лабораториях может быть лимитирована. Корректность определения Са⁺⁺ зависит от технического состояния и калибровки аппаратуры, а также от учёта влияния рН крови на его концентрацию. Кислотно-щелочное состояние влияет на содержание Са⁺⁺ в крови путём воздействия на процесс связывания кальция с белками. Ацидоз уменьшает его связывание с белками крови и ведёт к увеличению уровня Са⁺⁺, в то время как алкалоз усиливает процесс связывания кальция с протеинами и уменьшает его уровень. Эта корректировка заложена в программу современных анализаторов, однако в более ранних моделях не использовалась. Таким образом, в рутинной практике рекомендуется определение альбумин-скорректированного кальция, а не ионизированной фракции.

С целью верификации диагноза пациентам с подозрением на ПГПТ рекомендуется определение уровня общего кальция, альбумина (с расчётом альбумин-скорректированного кальция) и/или ионизированного кальция, исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (иПТГ).

Паратиреоидный гормон. Для пациентов с ПГПТ уровень ПТГ, как правило, повышен или находится на верхней границе референсного диапазона. В случае приёма лекарственных средств, способных влиять на уровень кальция и/или ПТГ, проведение лабораторных тестов рекомендуется после отмены препаратов. Уровни ПТГ, находящиеся в нижнем диапазоне нормальных значений (<25-30 пг/мл), более характерны для других состояний, ассоциированных с развитием гиперкальциемии. Прежде всего необходимо исключить паранеопластические процессы как вторую наиболее частую причину повышения уровня кальция крови.

В настоящее время существуют наборы второго и третьего поколения для определения уровня иПТГ. Наборы второго поколения включают иммунорадиометрические (IRMA) и иммунохемилюминиметрические (ICMA) методы и измеряют как интактную молекулу ПТГ1-84, так и улавливают крупные гормонально-неактивные С-терминальные фрагменты (ПТГ 4-84, ПТГ 7-84, ПТГ 10-84 и ПТГ 15-84) и, таким образом, могут завышать концентрацию биологически активного гормона в сыворотке. Эти фрагменты составляют до 20% иммунореактивного ПТГ в сыворотке у лиц с сохранной функцией почек и до 50% у лиц с почечной недостаточностью. Наборы третьего поколения специфичны для интактного ПТГ1-84, поскольку улавливающее антитело распознаёт фрагмент ПТГ39-84, а проявляющее АТ – небольшой N-терминальный участок ПТГ1-4, и, следовательно, обладают большей диагностической чувствительностью. По сравнению с наборами второго поколения концентрация иПТГ, измеренная с помощью наборов третьего поколения, на 20% и 50% ниже у здоровых лиц и у лиц с почечной недостаточностью соответственно. Недостатком данных наборов является то, что они также распознают молекулу ПТГ1-84, претерпевшую посттрансляционные изменения (фосфорилирование по серину) на участке 15-20 (N-ПТГ) и являющуюся вследствие этого гормонально неактивной формой. Однако вклад этой молекулы в конечный уровень ПТГ, измеренного с помощью наборов третьего поколения, составляет менее 10% у здоровых лиц и до 15% у лиц с почечной недостаточностью. N-ПТГ может в избытке продуцироваться при карциноме ОЩЖ и тяжёлом гиперпаратиреозе.

При оценке чувствительности наборов второго и третьего поколения для диагностики ПГПТ не получено клинически значимых различий (91,3% против 89,1% соответственно), таким образом, чувствительность наборов второго и третьего поколений для выявления повышенного уровня иПТГ одинакова.

У 1/3 пациентов выявляется гипофосфатемия из-за реципрокного отношения между кальцием и фосфором. При нормальной функции почек может наблюдаться обратная зависимость между повышением иПТГ и снижением фосфора крови. При снижении почечной функции фосфор сохраняется в пределах нормы или повышается. Для ПГПТ также характерны повышенные или верхненормальные уровни общей щелочной фосфатазы и более специфичных маркёров костного метаболизма: резорбции – в крови С-концевого телопептида коллагена 1 типа (СТх, β-crossLaps), N-концевого телопептида коллагена 1 типа (NTx), в моче – дезокси-пиринолодина и NTx; костеобразования – в крови остеокальцина и N-концевого пропептида проколлагена 1 типа (P1NP) резорбции (деоксипиридинолин и N-концевой телопептид в моче, β-crossLaps (С-концевой телопептид в крови) и маркёров костеобразования (остеокальцин) при активном вовлечении скелета в патологический процесс. Определение этих показателей может быть полезным при мониторинге эффективности антирезорбтивной терапии при консервативном ведении ПГПТ.

С целью оценки фильтрационной функции почек и определения показаний к хирургическому лечению, а также для исключения вторичных причин повышения уровня иПТГ пациентам с подозрением на ПГПТ показано определение уровня креатинина с расчётом СКФ.

Креатинин сыворотки считается важным диагностическим инструментом в когорте пациентов с ПГПТ, так как почки являются одним из основных органов регуляции обмена кальция и фосфора в организме. Эксперты KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, инициатива по качеству для улучшения исходов заболеваний почек) рекомендуют проводить оценку скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на основании возрастных, половых, расовых параметров и сывороточных показателей креатинина, альбумина, мочевины и азота. Снижение фильтрационной функции почек характерно для пациентов с ПГПТ, получены доказательства роли развития ХБП С3-С5 в повышении риска внезапной смерти при ПГПТ. Кроме того, прогрессирующее снижение СКФ ассоциировано с повышением уровня ПТГ и усилением резорбтивных процессов в костной ткани. Клиренсовые радиоизотопные методики – «золотой стандарт» в определении СКФ, однако стоимость и технические сложности резко лимитируют их широкое применение. В клинической практике для расчёта СКФ могут быть использованы простые способы расчёта клиренса креатинина, позволяющие обойтись без суточного сбора мочи (формулы Кокрофта-Голта, MDRD, СКД-ЕР). Формула СКД-ЕР даёт более точные результаты, в том числе и при сохранной функциональной способности почек, что позволяет рекомендовать её для амбулаторной практики. Показатель может быть рассчитан автоматически с помощью специальных онлайн-калькуляторов.

Пациентам с ПГПТ рекомендуется определение уровня 25(ОН) витамина D с целью диагностики его недостаточности/дефицита.

Между уровнями ПТГ, Са⁺⁺ и активной формой витамина D (кальцитриолом) существуют реципрокные регуляторные связи. Увеличение синтеза и секреции ПТГ повышает содержание Са⁺⁺ в крови и ускоряет гидроксилирование витамина D в почках; по принципу отрицательной обратной связи повышенные концентрации Са⁺⁺ и кальцитриола угнетают продукцию ПТГ. В нормальных физиологических условиях дефицит витамина D и гипокальциемия способствуют увеличению синтеза ПТГ. Низкий уровень 25(ОН)D при ПГПТ ассоциирован с более высоким уровнем ПТГ и, как следствие, уровнем кальция сыворотки крови, более низкой МПК в кортикальной зоне костей и более высокими показателями маркёров костного обмена, более частым развитием фиброзного остеита и большим весом аденомы ОЩЖ. Оценка статуса витамина D проводится путём определения 25(ОН) витамина D в крови, что является наиболее доступным и надёжным методом лабораторной диагностики. В случае выявления недостаточности/дефицита 25(ОН)D рекомендуется восполнение статуса витамина D по возможности на дооперационном этапе или в раннем послеоперационном периоде (см. раздел консервативное лечение).

С целью верификации диагноза пациентам с ПГПТ и удовлетворительной фильтрационной функцией почек (СКФ>60 мл/мин/1,73м²) рекомендуется исследование уровней кальция и креатинина в моче (суточный анализ) с расчётом почечного клиренса кальция к клиренсу креатинина.

(Продолжение следует.)

В 2022 г. в Саратовском ГМУ был открыт научно-производственный центр технологий здорового питания. Его миссия – разработки в области фармакологии пищи, фудомики, нутрициологии, клинического и социального питания. И это ответ на вызовы, стоящие перед нашей страной.

Противовес импортным ремиксам

Глобальная проблема общественного здоровья – изменение пищевого поведения, связанное в том числе и с превалированием ультраобработанных продуктов в питании, что усугубляет рост алиментарно-зависимых заболеваний (онкология, сахарный диабет, ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы и др.). Лечение ряда таких нозологий заключается и в пожизненной диетотерапии с применением специализированных продуктов питания, которые также являются ультраобработанными. Сейчас практически все эти продукты – импортные или произведены из импортных компонентов. Для нашей страны критично отсутствие собственных технологий производства специализированных продуктов питания, включая отдельные виды для нутриционной и нутритивной поддержки организма человека. Это является риском для жизни и здоровья пациентов.

Научное сотрудничество технологов с медиками началось ещё до создания центра.

Первыми врачами, которые поверили в наши разработки, были педиатры, – говорит директор научно-производственного центра технологий здорового питания Саратовского ГМУ, доктор технических наук, профессор Инна Симакова. – Это замечательные врачи – профессор кафедры пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии вуза, заслуженный врач РФ Нина Болотова и доктор медицинских наук Наталья Филина – ныне заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии университета. Для них здоровье маленьких пациентов стало делом жизни. По сей день мы уделяем много внимания разработкам специализированной продукции для детей, страдающих метаболическими патологиями.

В университете была организована научная база для создания новых технологий специализированной и функциональной продукции, – отмечает Инна Владимировна. – Далее мы расширили разработку лечебного питания взамен импортного и поняли, что необходимо создавать отечественное энтеральное питание. Знакомство с врачами клиники факультетской хирургии и онкологии Саратовского ГМУ поставило новую проблему – питание тяжёлых послеоперационных пациентов с абдоминальными патологиями. Их выздоровление в значительной степени зависело от введения энтеральных смесей западного производства. В стране отсутствуют собственные технологии и производство энтерального питания. Несколько лет работы, в том числе клинических исследований, привели к появлению линейки собственных энтеральных смесей: олигомерных и полимерных, применяемых у хирургических и онкологических больных. Наша главная задача – создавать продукты питания специализированного назначения для пациентов с различными патологическими состояниями. Продолжая заниматься этим направлением, мы отошли от модели зарубежных технологий, когда пищевой продукт собирается словно конструктор – из отдельных изолированных белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов. Именно поэтому от импортной специализированной продукции столь много побочных эффектов. В мире всего 17 компаний, производящих энтеральное питание, 4 из них за последние годы. В 2023 г. их совокупный доход перевалил за 6 млрд долл.

Как технолог, разбирающийся в физиологии питания, я категорически против искусственно созданных, ненатуральных ремиксов. Создавая технологии энтеральных смесей, мы подходили с точки зрения физиологии и патофизиологии пищеварения пациентов, при этом учитывая «золотые стандарты» клинического питания в хирургии. Наше энтеральное питание имеет сбалансированную изокалорическую формулу, обладает микробиомформирующим эффектом и прекрасно усваивается, потому что создаётся из натурального

специализированного питания. Вуз уже активно коммерциализирует новые продукты, работая с медицинскими центрами и клиниками.

Кроме того, ведётся активное сотрудничество с передовыми федеральными центрами России, такими как НМИЦ терапии и профилактической медицины, ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи, – сказала И.Симакова. – Коммерческим партнёрам мы также помогаем грамотно реализовывать их научные разработки. Ведь производство пищевых продуктов – сложный процесс, в

образовательном пространстве Российской Федерации, обеспечивающий подготовку принципиально новых специалистов в области превентивной медицины и здоровьесберегающих пищевых технологий, отвечающий на современные вызовы сектора здоровья – резюмирует Инна Владимировна.

И.Симакова рассказала также о том, что Саратовский ГМУ вошёл в программу «Приоритет-2030» среди немногих медицинских вузов, а стратегический проект, который создавали сотрудники центра, на-

горбуши, шами «Разумовскими», почти забытым тельным...

Мы пришли к идее национальных сетей, чтобы показать студентам многообразие кухонь планеты, – сказала нам старший научный сотрудник центра, кандидат технических наук, доцент Виктория Стрижевская. – Блюда вкусны по сравнению с однообразием и примитивностью фастфуда, к которому, к сожалению, привыкла молодёжь. Наша задача, как работающих в медицинском университете технологов, обеспечить студентов не только здоровым питанием, но и воспитать у будущих врачей культуру питания.

Мы стараемся готовить блюда в запечённом, тушёном или припущенном виде. Оборудование позволяет использовать восемь способов тепловой обработки, включая комбинированные, и запекать так, что конечный продукт кажется жареным. Вместе с нашим шеф-поваром – инженером-технологом Анатолием Ворониным, прежде чем создать очередной сет тепловой обработки прибегать. Таким образом, максимально сохраняем минералы, витамины, всю природную пользу продукта, чтобы он стал физиологичным для человека.

Среди студентов есть лица, страдающие гастритами, дуоденитами, стараемся, чтобы наше питание не вызвало неприятностей, связанных с приёмом пищи: изжоги и других, – продолжала Виктория Николаевна. – Любой из наших сетов – это комплексный набор рационально приготовленных, оптимизированных блюд по «студенческим» ценам.

Университетское научное кафе, входящее в структуру Научно-производственного центра технологий здорового питания Саратовского ГМУ, открылось в июне 2022 г. Интерьер, по словам сотрудников, был «грустненьким», и на помощь пришли девушки-дизайнеры из Саратовского государственного технического университета им. Ю.А.Гагарина. Так на стенах появились колбы, термометры, структуры молекул. Молодые дизайнеры вдохновились идеей, и помещение преобразилось, отвечая научно-производственным задачам, стоявшим перед своими создателями.

Кроме того, оно задумывалось как точка сборки и общественной площадка биотехнологического кластера университета. Здесь уже проходят заседания студенческих научных кружков, врачей клинической практики, на которых дегустируют новую продукцию.

Лечебное питание всё-таки отличается от того, к чему мы привыкли, – сказала В.Стрижевская. – Продукт нельзя давать больному, пока врач не попробовал сам. При этом, в идеале, врач должен быть обучен правилам дегустации.

Дегустация – это научный метод, и нами были разработаны критерии, с помощью которых студенты-медики и их преподаватели – врачи оценивают продукты, например, разработанные новые специализированные напитки – коктейли, – продолжила И.Симакова. – Участники опросов называли характеристики и высказывали своё мнение по двум шкалам – научной (критериальной) и потребительской (гедонической). На последней дегустации, которую мы провели с педиатрами, оценивался очередной коктейль, созданный нами совместно с Федеральным исследовательским центром питания, биотехнологии и безопасности пищи – бывшим Институтом питания. Туда же мы отравили отчёт об этом испытании.

И.Симакова и В.Стрижевская рассказали, какую неоценимую помощь им оказывают ректор Саратовского ГМУ Андрей Ерёмин и инициатор развития этого направления проректор по научной работе Александр Федонников.



Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Ориентуры

Прорыв в адаптивной индустрии питания

Его совершили в Саратовском ГМУ им. В.И.Разумовского для проектирования здоровья



И.Симакова

отечественного, привычного нам адаптогенного сырья.

В настоящий момент данные разработки имеют подтверждённую пищевую безопасность и находятся на завершающем этапе клинических исследований. Побочных эффектов и нежелательных явлений не обнаружено.

Хочу рассказать о цели создания научно-производственного центра технологий здорового питания, – продолжила Инна Владимировна. – Мы пришли в медицинский университет в том числе и для того, чтобы совместно с медицинским сообществом дать жизнь технологическим разработкам, связанным с диетическим лечебным и диетическим профилактическим питанием. Проводится системная разработка продуктов питания, обладающих научно подтверждённым нутрициологическим потенциалом и возможностью применения в диетотерапии различных патологий, в том числе наследственных. За полтора года существования центра вновь разработано более 50 наименований продукции, на которые получены декларации о соответствии ЕАЭС. Это функциональные обезжиренные фруктово-овощные галеты с оригинальным названием «Фрулеты», фруктово-ягодные конфеты – «Фруфеты», фруктовая пастила, порошковые специализированные полифункциональные напитки на основе ягод и овощей. А уникальные батончики из бобовых культур получили самые положительные отзывы от наших бойцов СВО. Они незаменимы в экстремальных условиях – это кладёшь растительного белка. Достаточно запить или развести водой, превратив в суп-пюре или кашу, и 4 часа не хочется есть!

Университет стал первым медицинским вузом, имеющим собственные уникальные технологии и бренд в области клинического и

который вовлечены химия, физика и биология пищи, трансформация пищевых веществ и пищевых продуктов, нутрициологический потенциал сырья, который используется. Это пищевая комбинаторика: когда ты понимаешь, что совместимое по вкусу – несовместимо по химическому составу, есть вещества антагонисты, антиалиментарные факторы, нарушающие усвоение отдельных нутриентов или инактивирующие витамины.

К сожалению, большинство внешних технологий не учитывают таких факторов, не заботятся о здоровье населения, а базируются преимущественно на экономической составляющей.

Учимся сегодня – работаем завтра

Рассказывая о научно-производственной работе центра, Инна Владимировна упомянула о том, что новые технологии лечебных продуктов должны разрабатывать специалисты, которые хорошо разбираются как в медицине, так

зывается «Адаптивная индустрия питания для проектирования здоровья». Его цель – трансформировать модель профилактической медицины от устоявшейся системы запретов и ограничений в питании к созиданию здоровья посредством разработки и применения психологически комфортных новых лечебных продуктов и рационов, подготовки востребованных специалистов.

Гастрономическое путешествие

Центр, кроме научно-производственных задач, выполняет ещё и социальную функцию в своём проекте «Университетское научное кафе». Здесь соединены технологии здорового питания, медицинские достижения и кулинарное искусство.

В современном вестибюле 6-го корпуса вуза мы увидели указатель «Университетское научное кафе – путешествие по кулинарной карте мира» и по стрелке спустились на



и в пищевых технологиях, а таких в нашей стране тоже пока нет. Это является вызовом и проблемой, поэтому сотрудниками научно-производственного центра и 28 профильными кафедрами СГМУ были разработаны образовательные программы бакалавриата и магистратуры по направлению «биотехнология» по профилю «биотехнология продуктов функционального, лечебного и профилактического питания». В декабре 2023 г. университет получил лицензию на осуществление этих образовательных программ, в нынешнем году начинается набор обучающихся, ожидают здесь и заинтересованных медицинских специалистов для выполнения магистерских проектов.

В стратегической перспективе университет позиционирует себя как первый медицинский вуз в

цокольный этаж. Интерьер большого светлого помещения был не совсем обычен для заведения общественного питания. Роспись светло-зелёных стен состояла из технических схем, структур ДНК, изображений лабораторного инвентаря и надписи: «Где высоко стоит наука, стоит высоко человек. – А.Полежаев».

Сегодня меню из грузинской кухни, – предупредили нас.

Завтра здесь подадут студентам и сотрудникам университета «Индийский сет», послезавтра – «Французский сет». В последующие дни: мексиканские салат из краснокочанной капусты, суп «Альбандигас» и тако, греческий салат и суп «Факес» и, конечно же, два русских сета с винегретом, сельдью под шубой, ухой из

Университетизация высшей медицинской школы России началась в начале 90-х годов. Главной её целью было распространение ценностей университетской культуры на сферу высшего медицинского образования. Западная тенденция, связанная с повышением статуса учебных заведений высшего профессионального образования не могла не отразиться на статусе, формах и функциях постсоветской деятельности медицинских вузов.

Традиционный медицинский вуз, меняющий статус отраслевого института на статус университетский, либо обретал, либо существенно усиливал функцию автономного самопополнения, то есть собственной подготовки преподавательских и научных кадров. Это неизбежно привело к тому, что акценты в подготовке кадров стали смещаться в сторону последипломного образования, а в части научно-исследовательской деятельности приоритетными стали научные исследования как прикладного, так и фундаментального характера, проводимые на грантовой основе.

Было гладко на бумаге...

Традиционная модель профессионально ориентированной подготовки кадров на институтской площадке по заданию отрасли-заказчика постепенно стала уступать место модели университетского образования, опирающейся на глубокое изучение фундаментальных общеобразовательных научных дисциплин, а также более широкого перечня прикладных направлений будущей профессиональной деятельности, ориентированной на запросы рынка труда, рынка услуг и рынка организаций. При этом университетизированный вуз должен был соответствовать исторической идее университета как центра национальной культуры, науки и подготовки высококвалифицированных специалистов.

Что же побудило вчерашние отраслевые институты пойти по пути повышения своего статуса до университетского? Для государственного сектора высшей школы это означает увеличение и диверсификацию финансирования в первую очередь научно-исследовательской деятельности, а во вторую – образовательной. Для частного сектора получение статуса «университета» предопределяет возможность извлечения более высоких доходов. При этом и для тех и других в целом повышение своего статуса означает повышение престижности учебного заведения прежде всего в сознании конкретных потребителей образовательных услуг.

Университетский статус также даёт определённые предпочтения для позиционирования вуза на международном рынке образовательных услуг. Тем самым упрощается интернационализация направлений образовательной деятельности. Основным побудительным мотивом университетизации вчерашних отраслевых медицинских институтов является их стремление к устойчивому позиционированию на рынке образовательных услуг с целью удовлетворения возрастающего потребительского спроса на университетское образование. Ведь следование данной цели в первую очередь обеспечивает экономическое благополучие университета.

Однако мало получить статус университета путём преобразования. Нужно ещё и всецело соответствовать ему, а вот с этим как раз не всё так гладко. Согласно определению, данному ректором МГУ Виктором Садовничим, «университет – это совокупность профессоров и студентов, совокупность образования, науки и культуры; совокупность разных областей знания; совокупность научных школ и совокупность традиций». В этом аспекте налицо расхождение понятия «университет» в его общепринятом смысле с реалиями академической действительности. Всеобщая университетизация, в том числе медицинских институтов, а правильнее – высших медицинских школ, привела к проникновению в университетскую среду так называемых псевдоуниверситетов. Данная тенденция может привести к выхолащиванию сути ценностей данного социопрофессионального института и под влиянием рыночной конъюнктуры постепенной его трансформации в площадку извлечения прибыли как для частного, так и для корпоративного бизнеса.

Следующий спорный момент университетизации медицинских вузов связан с тем, что практически все они обрели статус исследова-

туктом, и в силу этого такой вуз трактуется как учебный университет. Это первый вариант решения проблемы.

Второй вариант более прозаичный. Он предполагал интеграцию отраслевых медицинских вузов в структуру общеобразовательных университетов в форме высших медицинских школ, главным направлением деятельности которых оставалась бы подготовка кадров для отрасли-заказчика. Однако в силу отраслевой заинтересованности в сохранении всей сети медицинских институтов за головным

исследованиями в различных областях медицины. Кроме этого, кадровые и медико-индустриальные мощности клинической базы активно используются для предоставления различных видов медицинского обслуживания потребителей на рынке медицинских услуг. А вот медицинские «университеты» в большинстве случаев не могут похвастаться наличием собственных клинических баз несмотря на то, что продолжают сохранять свою отраслевую принадлежность.

Кстати, профессиональное медицинское образование на факультете

гибко следовать тенденциям рынка. И если сегодня потребительский рынок всё больше и больше делает ставку на освоение знаний, навыков и умений в сфере предпринимательства, которое призвано заполнять ниши, неизбежно освобождаемые государством, одним из инновационных направлений деятельности медицинских университетов становится подготовка медицинских, технологических и управленческих кадров для рынка труда, рынка медицинских организаций, рынка медицинских услуг и

Точка зрения

Разные грани университетизации

Что даст медицинским вузам преимущества в конкурентной борьбе?



тельских университетов. Мировой университетский опыт свидетельствует, что научные исследования являются не вспомогательным средством обеспечения учебного процесса в исследовательских университетах, а основным самостоятельным продуктом их деятельности, выраженным в виде научного знания. Ведь ведущие университеты мира обеспечивают высококачественное образование на базе научных исследований, проводимых их академическим персоналом. Трансформация вчерашнего медицинского института путём преобразования в университет совершенно не означает появление в результате продолжения его уставной деятельности базового обобщённого продукта – науки. В силу этого руководство такого «университета» начинает усердно прилагать административные усилия по формированию новой организационной подструктуры, которая в общем случае не совпадает с иерархией дисциплинарного разделения на основе учебного процесса. Это и порождает ситуацию, при которой учебный процесс, являющийся основным в деятельности отраслевого вуза, постепенно перемещается на второй план. А если это так, то говорить об обеспечении нужд, запросов и потребностей отрасли-заказчика кадровыми ресурсами практически невозможно. Возврат к обязательному распределению выпускников вузов также не сможет решить проблемы отрасли с кадровым обеспечением.

Развития данной негативной тенденции можно было бы избежать путём преобразования отраслевых медицинских институтов в учебные (образовательные) университеты. Мировая образовательная практика свидетельствует, что модель учебных университетов достаточно востребована. За рубежом существует значительное количество университетов, сконцентрированных только вокруг образовательной деятельности. Операционное ядро таких вузов рассматривается как совокупность образовательных программ (специальностей, степеней). Образование обучающихся в рамках избранной специальности, подтверждённое соответствующим дипломом (присвоением степени), является единственным их про-

министерством этот вариант университетизации медицинских вузов был также отвергнут.

Нереализованная перспектива

Между тем движение к университетизации высших медицинских школ в этом направлении открывало перспективу вливания медицинских институтов отрасли в университетские комплексы субъектов РФ. Данный подход был обусловлен интенсивным развитием рыночной экономики в стране, одним из условий которого становилась интеграция отраслевых вузов в единый образовательный плацдарм конкретного региона. Модель монопрофильных вузов, финансируемых по отраслевому принципу, стала уступать место модели многопрофильных университетов с достойным кадровым и материально-техническим потенциалом, ориентированной в первую очередь на решение проблем конкретного региона. Именно такие многопрофильные университетские комплексы могли претендовать на достойное бюджетное финансирование, обеспечивающее решение кадровых проблем региона. Принимая во внимание явную нехватку врачей, интеграция медицинских вузов в территориальные университетские комплексы (ТУК) способствовала бы более эффективному решению данной проблемы. Это также могло бы обеспечить большую устойчивость на рынке образовательных услуг, увеличить и диверсифицировать их образовательный и научный потенциал, усилить как социальную, так и рыночную значимость реализуемых проектов.

Опыт руководства МГУ им. М.В.Ломоносова, открывшего в 1992 г. факультет фундаментальной медицины, свидетельствует, что реализация данного подхода вполне оправдана и перспективна. Основу прикладной деятельности данного факультета составляет учебный процесс, гарантирующий подготовку высококвалифицированных кадров для практического звена здравоохранения. Данный вектор стал основным в создании и развитии собственной клинической базы, используемой как для подготовки будущих врачей, так и для проведения собственных научных

фундаментальной медицины МГУ связано с так называемой развивающейся технологической подсистемой, операционное ядро которой лежит в основе системы управления качеством учебного процесса, системы информационной поддержки на основе компьютерных технологий (ресурсный центр), центра изучения – learning center, а также других вспомогательных служб. По мере индустриального развития университета неизбежно расширение технологической подсистемы вуза, связанное с предпринимательской деятельностью.

В условиях относительной самостоятельности в управлении финансами отдельных подразделений университета организация финансового менеджмента становится неотъемлемой частью технологического процесса как учебной, так и научной деятельности. Результаты деятельности технологической подсистемы являются самостоятельными продуктами деятельности университета. Однако в производстве этого продукта (по крайней мере, в управленческом аспекте) в силу его сложности должен вовлекаться специально нанятый вне университетских стен персонал (менеджеры, IT-специалисты и т.д.), функционирующий в тандеме с представителями академического состава. Последним это даст возможность обеспечить консалтинговую помощь привлечённым извне специалистам на условиях дополнительного заработка.

Бороздя просторы рынка

Становясь участником рыночных отношений, медицинские вузы должны чётко усвоить основной принцип, являющийся аксиомой для деятельности любой организации, функционирующей на рынке. Это – ориентация на наиболее полное удовлетворение существующих и ожидаемых потребностей (запросов) потребителей.

Медицинские вузы, равно как и все остальные образовательные структуры, зависят от своих потребителей, в качестве которых выступают государство в лице отраслевого министерства, работодатели (предприятия и организации, принимающие на работу выпускников), студенты (ординаторы, аспиранты, докторанты) и их семьи, общество в целом и другие заинтересованные стороны. Поэтому руководство вуза обязано принимать в расчёт их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и соответствовать их ожиданиям.

Таким образом, медицинские вузы включаются в конкурентную борьбу за потребителя. Современная ситуация на рынке образовательных услуг заставляет их приравниваться к законам выживания и достижения поставленных целей в конкурентной среде. Близость образовательных технологий, аналогичные свойства предоставляемых услуг, общие рынки сбыта обеспечивают примерно равные условия для конкуренции. Победа в этой борьбе может быть обеспечена исключительно одним – способно-

стью образовательной организации гибко следовать тенденциям рынка. И если сегодня потребительский рынок всё больше и больше делает ставку на освоение знаний, навыков и умений в сфере предпринимательства, которое призвано заполнять ниши, неизбежно освобождаемые государством, одним из инновационных направлений деятельности медицинских университетов становится подготовка медицинских, технологических и управленческих кадров для рынка труда, рынка медицинских организаций, рынка медицинских услуг и

технологий. Медицинские университеты должны и могут стать драйверами подготовки социальных предпринимателей, эффективно дополняющих, но не замещающих труд медицинских работников бюджетной сферы.

С учётом того, что государство так или иначе идёт по пути сокращения бюджетного финансирования университетов и расширения контрактных форм получения высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования, актуальным становится поиск свободных финансовых ресурсов, которые подлежали бы инвестированию в инновационные области их образовательной и научной деятельности. Практическая реализация данного подхода неизбежно будет связана с ориентацией деятельности вузов на сферу предпринимательства. Опыт зарубежных университетских структур свидетельствует, что привлечение внебюджетных ресурсов под программы, ориентированные на подготовку предпринимателей и целевые НИР, увеличивает долю финансовых поступлений до 35-40%.

Развитие партнёрства вуза с предпринимательским сектором существенно повышает заинтересованность научно-педагогических сотрудников в разработке и реализации инновационных образовательных программ и перспективных НИР, что способствует практической реализации их прав на социопрофессиональную свободу деятельности.

Выполнение заказов корпоративных предпринимателей на проведение вузами НИР допускает ответственное участие в прибыли от коммерциализации результатов контрактных исследований, что, безусловно, может быть привлекательным как для менеджмента, так и для учёных, непосредственно участвующих в них. При этом важно помнить о сохранении академической свободы и прав использования учёными вуза результатов своей научной деятельности.

В настоящее время университетизация медицинских вузов находится в стадии осмысления базовых характеристик и параметров их деятельности. Основу функционирования медицинского университета должны составлять показатели, точно идентифицирующие его типовую принадлежность, место, занимаемое на рынке образовательных услуг, а также мобильность в инновациях и диверсификации как образовательной, так и научно-исследовательской деятельности. Именно от этого будет зависеть модель университетского образования, ориентированная на учебную, исследовательскую, инновационно-предпринимательскую или комплексную модель деятельности университетов в условиях рыночной экономики.

Александр ЛЕБЕДЕВ,
профессор кафедры общественного
здоровья и здравоохранения им.
Ю.П.Лисицына РНИМУ
им. Н.И.Пирогова.

Качество работы и юридическая осведомлённость – два непереносимых условия благополучной деятельности современной медицинской организации. Одно без другого просто бессмысленно, потому что даже при высоком уровне менеджмента качества неуспех в оказании медицинской помощи не просто возможен, а во многих клинических случаях даже статистически прогнозируем.

Однако ожидать от пациента и его родственников, что их успокоит некая общемировая статистика осложнений и летальных исходов, не следует. А следует готовиться к долговому и сложному судебному процессу как в случае ятрогении, когда вина врача очевидна (недооценил тяжесть состояния пациента, не принял необходимых мер), но и когда со стороны медиков всё

сделано безупречно, а пациент всё равно остался не удовлетворён.

Судебные тяжбы пациентов с медицинскими организациями – устоявшаяся российская практика последних как минимум двадцати лет. Является ли это единственно верным способом разрешения споров о качестве оказания медицинской помощи? Об ошибках, которые допускают медицинские организации в такого рода ситуациях, и о том, как следует действовать, чтобы минимизировать и репутационные, и финансовые потери, читателям «МГ» рассказывает преподаватель кафедры судебной медицины Российского университета дружбы народов, судебно-медицинский эксперт, медицинский юрист, кандидат медицинских наук Руслан КАЛИНИН.

ство взяло на себя обязательство обеспечить граждан качественной медицинской помощью, оно должно либо добиваться качества от системы здравоохранения, либо финансово компенсировать гражданам нарушение их права и вред, причинённый таким нарушением: вред здоровью, моральный вред, расходы на лечение и др., – аргументирует юрист.

Для частных клиник вообще не должно быть проблемой выплатить пациенту материальную компенсацию по решению гражданского

вероятность, что суд либо вообще откажет истцу в удовлетворении его иска, либо назначит выплату в меньшем размере, чем гражданин запрашивал изначально. Так отчего бы не рискнуть и не посудиться?

Подобного рода рассуждения кажутся вполне логичными. Однако Р.Калинин отмечает, что за внешней логичностью таятся определённые риски, о которых мало кто знает. Большинство государственных медорганизаций не имеют в своём штате квалифицированных судебных юристов, которые могли

Пациент идёт в суд. И что?

Начнём с того, что само по себе решение пациента добиваться некоей справедливости в суде не подлежит осуждению.

– Нравится это медицинскому сообществу или не нравится, но, если мы строим правовое государство, то право человека обращаться в суд абсолютно справедливое. Гражданину РФ гарантировано получение доступной и качественной медицинской помощи. В случае, когда он этой законодательной нормой не смог воспользоваться, человек просит государство в лице гражданского суда компенсировать ему нарушение права на доступную и качественную медицинскую помощь, – поясняет Р.Калинин.

В отношении медицинских организаций какого статуса и формы собственности чаще возбуждаются гражданские и уголовные дела? По словам эксперта, его наблюдения показывают, что выраженной зависимости между статусом лечебных учреждений и количеством возбуждаемых гражданских и уголовных дел не существует. Под удар могут попасть в равной степени как центральная районная больница, так и федеральный медицинский центр. Другое дело – форма собственности. Перевес по количеству судебных исков явно на стороне государственных учреждений, и это легко объяснить: подавляющее большинство медицинских организаций в нашей стране – государственные.

– Из общего числа частных клиник круглосуточные стационары имеют лишь единицы, остальные организованы по принципу поликлиник, а в поликлиниках пациенты не умирают после оказания медицинской помощи, так как тяжёлые больные находятся на лечении в стационарах. В амбулаторном звене изначально меньше рисков возникновения конфликтных ситуаций и, как следствие, оснований для судебных тяжб, – продолжает Р.Калинин.

Сказать, что негосударственные клиники меньше рискуют, нельзя уже потому, что там, где люди платят за лечение свои деньги, они хотят получить помощь максимально высокого качества. И, если им что-то не нравится, они идут судиться, что также абсолютно нормально. В то же время, предупреждает медицинский юрист, не надо обольщаться, будто пациент, который получил весь объём медицинской помощи по полису ОМС и остался недоволен, не обратится в суд с намерением получить материальный эквивалент якобы причинённого вреда его здоровью.

Что касается профиля медицинских организаций, здесь рейтинг давно сложился. В Российской Федерации лидерами по исковым заявлениям от пациентов стали пластическая хирургия и акушерство-гинекология. По словам Р.Калинина, вообще ранжирование по профилям клиник, которые чаще других становятся фигурантами гражданских и уголовных дел, примерно одинаковое во всех странах. Больше судебных разбирательств там, где пациенты чаще всего получают осложнения или погибают в результате дефектов оказания медицинской помощи, поскольку медицинская помощь, оказанная без дефектов, обычно не приводит к смерти пациента. В эту группу попадают общая хирургия,

Медицина и правосудие

Острая правовая недостаточность

Статус лечебного учреждения не защищает от возбуждения гражданских и уголовных дел



родовспоможение, анестезиология-реаниматология – те разделы, где врачи имеют дело с тяжёлыми заболеваниями, угрожающими жизни, либо с использованием сложных медицинских технологий.

– Педиатрия тоже находится в этом списке. Смерть детей очень часто заканчивается обращением семьи в Следственный комитет РФ, прокуратуру или напрямую в суд. Несмотря на исходное состояние ребёнка на момент начала получения медицинской помощи, факт его гибели родителям трудно принять вне зависимости от того, какие усилия предпринимали врачи к спасению маленького пациента, – уточняет эксперт.

Какой суд лучше?

Необходимо разъяснить, чем отличается гражданский суд от уголовного, и в каком из них медицинская организация понесёт меньшие потери.

– Когда мы говорим о гражданском процессе, человек подаёт иск в суд, утверждая, что было нарушено его законное право на получение качественной медицинской помощи. Он просит взыскать с медицинской организации деньги в его пользу, и ничего больше. Если исковое заявление написано по установленной форме, суд принимает его к рассмотрению. В гражданском процессе не судят человека, это спор о праве между истцом и ответчиком, между гражданином/пациентом и юридическим лицом/медицинской организацией. В уголовном же суде на скамье подсудимых конкретный врач. Здесь потерпевший заявляет не материальную претензию, а обвиняет медработника в совершении ошибки, за что виновному может быть назначен реальный срок заключения, – говорит Р.Калинин.

Уголовный суд – самый жёсткий вариант разрешения споров между пациентом и системой здравоохранения. Пациент или его

родственники пишут в Следственный комитет заявление о якобы совершённом медработниками преступлении. Это тоже законное право любого гражданина России, и люди им активно пользуются. Следственный орган не сразу возбуждает уголовное дело в отношении врача, сначала он обязан провести проверку по заявлению пациента. И если проверка подтверждает наличие признаков преступления, начинается трудное время для клиники и врача.

– Я всегда говорю: чем больше гражданских дел, тем меньше уголовных. Если бы все пациенты, недовольные качеством и результатами лечения, сразу обращались с исковыми заявлениями в гражданский суд, я бы никакой проблемы в этом не видел, – говорит Р.Калинин.

Многие юристы и адвокаты, защищающие медицинские организации, возражают: в гражданском суде учреждения здравоохранения теряют деньги!

В ответ на это наш эксперт приводит стопроцентно убедительный контраргумент: коль скоро абсолютное большинство лечебных учреждений – государственные, нет ничего страшного в том, что государственный суд примет решение выплатить пациенту деньги государства из бюджета государственной медицинской организации.

– Когда начинают утверждать, что в этом случае у больницы не будет хватать средств на оказание помощи другим пациентам, то здесь возникают вопросы не к суду и не к пациенту, а к государству, как учредителю данной медицинской организации: почему оно недофинансирует больницу? Пусть учредитель выделит клинике дополнительные средства на лечение других больных, если права вот этого конкретного пациента на получение доступной и качественной медицинской помощи были нарушены. Коль скоро государ-

ства, поскольку их доходы формируются от предпринимательской деятельности, что изначально подразумевает финансовые риски для всех юридических лиц-участников рынка.

Таким образом, обязанность медицинской организации любой формы собственности выплатить пациенту сумму, указанную в решении суда, – нормальный гражданский способ разрешения споров. Крики «Катастрофа!» неуместны, считает наш эксперт. Проблема не в том, что лечебные учреждения проигрывают суды пациентам, а в том, что они допускают нарушения качества оказания медицинской помощи и доводят дело до суда.

– Если вы ознакомитесь с практикой других стран, там клиники точно так же проигрывают суды и платят огромные деньги. Разница в том, что они как раз наоборот заинтересованы в том, чтобы в конфликте с пациентом не довести дело до суда, урегулировать спор на досудебном этапе и главное – активнее задействовать систему менеджмента качества в своей работе, – подытоживает Р.Калинин.

Тонкости досудебного урегулирования

Не довести дело до суда в случае, когда пациент остался субъективно недоволен или произошёл очевидный ятрогенный инцидент – отдельная наука. По мнению многих больничных юристов, самым простым выходом будет попытка договориться с пациентом о примирении, попытаться снизить размер заявленной им материальной претензии и, если удастся договориться о сумме, заплатить ему.

В то же время есть больничные юристы, которые придерживаются прямо противоположной точки зрения. Как рассказал автору этой статьи руководитель юридической службы крупной государственной клиники в одном из российских регионов, с недавнего времени лечебные учреждения стали заинтересованы в том, чтобы разрешать споры с пациентами не до суда, а именно в суде. Объяснение такое: в случае, если медицинская организация проигрывает, она выплачивает пациенту ровно ту сумму, которую назначит суд. Между тем ещё недавно к убыткам учреждения, проигравшего суд, добавлялся штраф от системы ОМС, что существенно увеличивало финансовые потери клиники. Как только эти штрафы отменили, отпала необходимость уговаривать пациента решить спор в досудебном порядке и соглашаться на его условия, платить из рук в руки, лишь бы «не выносить сор из избы». Почему? Потому что есть

бы максимально точно оценить перспективы каждого судебного иска. Основная специализация больничных юристов – кадровые вопросы и госзакупки, опыта участия в судебных процессах у них мало, а это совершенно другая юридическая специализация. Хорошо, если руководство лечебного учреждения решит обратиться за помощью к юристам и медицинским адвокатам, имеющим опыт работы в судебных заседаниях. Но и здесь возможны нюансы, о которых главным врачам нужно знать.

Предположим, приглашённый юрист или адвокат ознакомился с иском и сделал вывод, что лечебное учреждение практически наверняка проиграет дело. Он предлагает руководству медицинской организации начать договариваться с пациентом в досудебном порядке и выплатить ему деньги «по-хорошему». В этом случае больнице не придётся оплачивать судебно-экспертную и прочие судебные издержки.

– А на каком основании, в соответствии с какой статьёй бюджетного кодекса государственная медицинская организация может в досудебном порядке кому-то выплатить компенсацию за некачественное лечение? Такого права у государственных лечебных учреждений нет, – предостерегает Р.Калинин.

Могут ли муниципальные, областные, федеральные учреждения расплачиваться по претензиям пациента из доходов от оказания платных услуг? Теоретически могут. Но нельзя забывать, что порядок распоряжения деньгами, которые государственная медорганизация заработала оказанием платных услуг, тоже строго регламентирован.

И, наконец, главное: даже если лечебное учреждение выплатило из доходов от предпринимательской деятельности компенсацию недовольному пациенту, это само по себе не может быть запретом для гражданина обратиться в суд и там тоже запросить компенсацию. – Право на судебную защиту – конституционное и неотчуждаемое, оно ничем не может быть ограничено. Бывает, что лечебное учреждение оформляет с пациентом соглашение, где прописано, что ему выплачены деньги и он не имеет больше претензий. Так вот, для самого гражданина такая расписка не является обязательной к исполнению и не может запретить ему обратиться в суд. Равно как и для суда этот документ не является аргументом в пользу того, чтобы однозначно отказать пациенту в назначении ещё одной выплаты компенсации морального вреда, – поясняет Р.Калинин.

Не так – так этак

Справедливости ради надо сказать, что основания для недовольства врачебного сообщества действительно имеются. В настоящее время у пациента более чем достаточно возможностей взыскать деньги с лечебного учреждения, действующие юридические нормы ему в помощь. И человек выбирает самый оптимальный, с его точки зрения, путь. Для большинства, как ни странно, оптимальным кажется обращение в Следственный комитет. Рассмотрим почему.

Прежде всего, говорит Р.Калинин, в отличие от уголовного процесса гражданский суд – это паритет, где каждая сторона доказывает то, что она утверждает. Пациент, который пришёл в суд и заявил, что его права при получении медицинской помощи были нарушены, должен это доказать. Более того, в случае, если он проиграл, все судебные издержки и расходы на сбор доказательств несёт заявитель. Сегодня это в среднем 250-300 тыс. руб. – в такую сумму обходится проведение сложной судмедэкспертизы, услуги юриста-представителя и другие расходы. Не всякий человек имеет зарплату, при которой можно позволить себе понести такие финансовые потери в случае проигрыша. Выходит, обращение в суд с гражданским иском – дело не на сто процентов надёжное.

– Кроме того, если подать заявление в СКР элементарно просто и бесплатно, то в гражданский суд сложно и стоит денег. Когда человек не ставит целью судить врача, а хочет только получить материальную компенсацию от медицинской организации, в оформлении искового заявления в гражданский суд он должен строго следовать требованиям статей 131 и 132 Гражданского процессуального кодекса РФ. Человек без юридического образования в подавляющем большинстве случаев не сможет составить заявление правильно, – рассказывает Р.Калинин.

Что же делать? Выход подскажет интернет: обратиться в Следственный комитет, написать заявление как можно эмоциональнее. Там всё будет сделано за счёт государства, включая оплату судмедэкспертизы. Доказательства будет собирать следователь. Более того, пациент может взять результат СМЭ, проведённой по уголовному делу, и, если в ней есть хоть какие-то указания на то, что его лечили недостаточно хорошо, пойти с ним в гражданский суд, как с готовым доказательством и попросить материальную компенсацию. Таким образом, он экономит деньги, не оплачивая СМЭ, и имеет шанс получить выплату, выиграв гражданское дело.

– К сожалению, в настоящее время многие пациенты и их представители используют эту схему – зайти в гражданский процесс через уголовный, – констатирует Р.Калинин.

В медицинском сообществе данное явление называют пациентским экстремизмом. На самом же деле, как говорит эксперт, пациент просто-напросто реализует предоставленные ему законом права. Возможно, человек не действовал бы так, как описано выше, если бы существовали иные механизмы решения проблем, возникших у него при общении с системой здравоохранения. В отсутствие таких механизмов гражданин пользуется тем единственным алгоритмом, который ему предложен – действовать силовыми структурами и системой правосудия. И даже если нападки пациента на врача реально не обоснованы, а его финансовые претензии очевидно несправедливы, поделаться с этим глобально ничего нельзя.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



(Продолжение темы читайте в одном из ближайших номеров «МГ».)

Гипотезы

Восстановили слух с помощью генной терапии

Полторагодовалая девочка из Великобритании Опал Сэнди может слышать почти идеально после первой в мире уникальной операции.

Она родилась абсолютно глухой из-за врождённой слуховой нейропатии – состояния, которое может быть вызвано дефектом гена отоферлина (OTOF). Это белок, который участвует в преобразовании раздражения волосковых клеток улитки внутреннего уха в нервные импульсы. Генная терапия – DV-OTO – предназначена специально для детей с мутациями OTOF. Для переноса рабочего гена пациенту используется безвредный вирус.

После инъекции, содержащей рабочую копию гена отоферлина, у ребёнка появился слух. Спустя 3 недели девочка начала реагировать на громкие звуки, за 24 недели её слух развился до способности улавливать шёпот, а весной 2024 г. маленькая пациентка начала говорить.

Ещё один маленький пациент также недавно прошёл курс генной терапии в клиниках Кембриджского университета с положительными

результатами. К участию в испытании привлечены ещё несколько глухих детей из Великобритании, Испании и США, все они будут находиться под наблюдением в течение 5 лет.

Общее исследование состоит из трёх частей, в ходе которых трое глухих детей, включая Опал, получили низкую дозу генной терапии только на одно ухо. Другая группа из трёх детей получит большую дозу препарата в одно ухо. Затем, если будет доказано, что это безопасно, ещё несколько детей получат дозу в оба уха одновременно. Всего в исследовании примут участие 18 детей по всему миру.

Руководитель исследования профессор Манохар Бэнс отмечает, что первые результаты оказались лучше, чем он ожидал. «Была проделана огромная работа в течение десятилетий, чтобы наконец увидеть то, что препарат действительно работает на людях...», – добавляет учёный.

По словам Бэнса, Опал является «первой и самой юной пациенткой в мире, которой было проведено такое лечение». Это только начало генной терапии, которое знаменует собой новую эру в лечении глухоты.

Взгляд

Эндоскопическая процедура снижает вес

Американские учёные из клиники True You Weight Loss в Северной Каролине разработали новый способ лечения ожирения с помощью инновационной эндоскопической процедуры, во время которой удаляется (сжигается) слизистая оболочка желудка, что приводит к снижению выработки грелина – гормона, вызывающего чувство голода, соответственно, снижается аппетит и пациент теряет вес.

Результаты первого клинического исследования будут представлены на Неделе заболеваний пищеварительной системы (DDW) 2024 г. – крупнейшем в мире собрании гастроэнтерологов, диетологов и исследователей в области патологий органов пищеварения.

Шестимесячное исследование с участием 10 пациенток с ожирением показало снижение массы тела участниц на 7,7% и уменьшение уровня грелина более чем на 40%. Пациентки сообщили в анкетах, что чувство голода уменьшилось более чем на треть. Стандартный тест продемонстрировал уменьшение объёма желудка на 42% спустя некоторое время после проведения процедуры.

«Ожирение – это хроническое заболевание на протяжении всей жизни, которое, по прогнозам, к 2030 г. поразит почти половину населения США. Его влияние на общее состояние здоровья, качество жизни и глобальные расходы на здравоохранение огромно, и нам нужно как можно больше вариантов лечения», – говорит ведущий автор исследования, гастроэнтеролог, доктор медицинских наук Кристофер Макгоуэн.

«Эта относительно короткая амбулаторная нехирургическая процедура может способствовать снижению веса и значительно уменьшить чувство голода, а также стать дополнительным вариантом лечения для пациентов, которые не



хотят или не имеют права на получение лекарства против ожирения, или бариатрической хирургии», – отмечает Макгоуэн.

Процедура представляет собой эндоскопическую абляцию слизистой оболочки верхней части желудка, где вырабатывается грелин.

Она начинается с того, что эндоскопист вводит жидкость для защиты нижележащих тканей желудка, а затем применяет миниатюрное устройство для прижигания слизистой оболочки верхней части желудка. Чувство голода возникает в верхней части желудка, когда его содержимое уменьшается, что приводит к увеличению выработки грелина. И проходит по мере того, как дно желудка наполняется пищей, а выработка грелина снижается. Удаление слизистой оболочки уменьшает количество клеток, продуцирующих грелин.

«Ожирение и лишний вес – очень сложные процессы и регулируются множеством гормональных факторов. Эта процедура устраняет одну из многих причин, которые затрудняют снижение веса и его поддержание», – говорит Мак-

Информационно-социальная кампания «Рак лёгкого. Злокачественная меланома кожи»

В апреле-мае 2024 г. в Санкт-Петербурге и Ленинградской области проходит информационно-социальная кампания «Рак лёгкого. Злокачественная меланома кожи».

По итогам 2022 г. в Санкт-Петербурге выявлено более 29 тыс. случаев злокачественного новообразования. Такой показатель был достигнут впервые за много лет.

Несмотря на то, что наблюдается постоянная положительная динамика в снижении заболеваемости раком лёгкого среди мужского населения России, он остаётся на первом месте по распространённости среди онкозаболеваний как в мире, так и в нашем городе.

Благодаря создаваемой в Санкт-Петербурге системе ранней диагностики, обеспечению преемственности между лечебными учреждениями города, а также развитию системы госпитальных раковых регистров имеется возможность формирования чёткого представления о структуре заболеваемости раком лёгкого, динамике распределения больных по стадиям, возрастным и половым особенностям заболевания.

В то время как рак лёгкого стабильно является самым распространённым онкологическим заболеванием в мире и у нас в стране, заболеваемость меланомой кожи в настоящее время постоянно растёт, и при этом смертность от неё очень высока.

Злокачественная меланома кожи составляет среди всех злокачественных новообразований в России менее 2%, но это более 10 тыс. новых случаев ежегодно.

Для закрепления положительных тенденций в вопросе раннего выявления онкологических заболеваний необходимо проводить информационно-просветительские мероприятия соответствующей направленности, информировать о порядках маршрутизации пациентов.

Информационная кампания в СМИ позволяет привлечь внимание к онкологическим заболеваниям и их раннему выявлению и профилактике. В общей сложности информационной кампанией охвачены не менее 3 млн жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Кампания проводится при участии ООО «Свикс Хэлскеа».

Сайты проекта: <https://zdrav.space/>
<https://vodoley-inf.ru/>

Идеи

Препарат для выращивания зубов

Японская фармацевтическая компания Toregem Biopharma Co. заявила, что разработала препарат, содержащий антитела, которые ингибируют белок, подавляющий рост зубов. В июле 2024 г. компания планирует начать клинические испытания на людях и в зависимости от результатов в конечном итоге вывести препарат на рынок к 2030 г.

«Наша конечная цель – предложить передовое и научно обоснованное клиническое решение для выращивания зубов, полученных из их собственных тканей», – отмечает президент компании Хонока Кисо.

Препарат действует путём ингибирования гена под названием USAG-1, который отвечает за предотвращение развития зачатков зубов, которые есть у большинства людей, в молочные или постоянные зубы. Препарат Toregem будет стимулировать развитие этих зачатков.

Некоторые исследования на животных оказались многообещающими.

В 2025 г. специалисты надеются начать испытания с участием детей в возрасте от 2 до 6 лет, страдающих анodontией – генетическим заболеванием, из-за которого у них не развиваются постоянные зубы. Детям будет вводиться одна доза препарата, чтобы вызвать рост зубов.

Помимо этих видов генетических нарушений, компания надеется помочь и взрослым, потерявшим зубы из-за кариеса.

«Идея вырастить новые зубы – мечта каждого стоматолога, – рассказывает соучредитель и ведущий исследователь Кэту Такахаши, глава отделения стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в больнице Медицинского исследовательского института Китано в Осаке. – Мы надеемся, что наступит время, когда средства для восстановления роста зубов станут третьим выбором наряду с зубными протезами и имплантатами».

Материалы подготовила
Марина КЫН.
По материалам Medical Express,
The Mainichi.

Выводы

Настораживающая
взаимосвязь

В недавнем исследовании австрийские учёные изучали, как часто жители Соединённого Королевства добавляют соль в пищу за столом и как это связано с риском развития рака желудка.

В последнее время специалисты обращают внимание на растущую распространённость рака желудка среди молодёжи в мире. Ранее связь между потреблением соли с пищей и увеличением заболеваемости раком желудка наблюдалась в основном в азиатских популяциях. Соль может повреждать слизистую оболочку желудка, повышая её уязвимость к колонизации *Helicobacter pylori* и риск развития рака желудка не только из-за инфекции, но и из-за воздействия химических канцерогенов и молекул нитрозосоединений на эпителиальные клетки желудка.

Учёные из Венского медицинского университета проанализировали взаимосвязь между частотой употребления соли в пищу и риском развития рака желудка среди 471 144 человек из биобанка Соединённого Королевства. Средний возраст участников составил 56 лет. Из исследования были исключены лица, ранее перенёвшие рак или заболевания почек, а также те, у кого были неполные данные о потреблении соли, уровне натрия или калия в моче и индексе массы тела (ИМТ). Участники должны были ответить на вопрос о том, добавляют ли они соль во время приёма пищи, помимо той, которая кладётся в блюдо во время приготовления. Нужно было ответить в диапазоне от «никогда» до «всегда». Кроме того, изучалась



взаимосвязь между содержанием натрия в моче и риском развития рака желудка, а также взаимосвязь между частотой добавления соли в пищу и другими показателями потребления натрия (общее содержание натрия в рационе и моче).

После сбора необходимой информации исследователи приступили к многолетнему наблюдению за участниками. В течение 11-летнего периода исследователи выявили 640 случаев рака желудка. Люди, которые добавляют соль в блюда за столом, чаще всего являются менее образованными, не белыми мужчинами, в прошлом или в настоящее время курящими, проживающими в неблагоприятных регионах и употребляющими значительное количество алкоголя ($\geq 16,0$ г в день).

Исследование показало, что добавление соли в пищу увеличивает риск развития рака желудка

у взрослых британцев. Люди, которые постоянно добавляли соль в свой рацион, имели на 41% больше шансов заболеть раком желудка по сравнению с теми, кто редко добавлял соль или никогда не добавлял.

Полученные результаты согласуются с предыдущими мета-аналитическими исследованиями, в которых сообщалось о более высоком риске развития рака желудка среди азиатских сообществ, потребляющих много соли, маринованных продуктов, солёных морепродуктов и обработанного мяса. Учёные подчёркивают, что необходимы дальнейшие исследования с большим объёмом выборки, чтобы оценить возможные различия между подтипами рака и улучшить количественную оценку связи между потреблением соли и риском развития рака желудка.

Исследования

Вакцина против
глиобластомы

В ходе первого в истории клинического испытания на четырёх взрослых пациентах разработанная в Университете Флориды противораковая вакцина с использованием мРНК быстро перепрограммировала иммунную систему для борьбы с глиобластомой, самой агрессивной и смертоносной опухолью головного мозга.

Как сообщают исследователи, это открытие представляет собой потенциально новый способ привлечения иммунной системы для борьбы с этим типом рака, который, как известно, не поддаётся лечению, с использованием технологии мРНК и липидных наночастиц, аналогичной вакцинам против COVID-19, но с двумя ключевыми отличиями: использование собственных опухолевых клеток пациента для создания персонализированной вакцины и недавно разработанный сложный механизм её доставки.

Новый метод лечения использует те же технологии, которые показали свою эффективность при создании мРНК-вакцин от коронавирусной инфекции. Молекулы мРНК, которые вводятся в клетки, представляют собой «чертежи», подсказывающие организму, какие белки производить.

Помимо того, что вакцину персонализируют с использованием образцов, взятых из собственных опухолевых клеток пациента, сложный механизм доставки стимулирует более сильную иммунную реакцию.

«Вместо того, чтобы вводить отдельные частицы, мы вводим кластеры частиц, которые обволакивают друг друга», — рассказывает главный исследователь лаборатории РНК-инженерии в Центре терапии опухолей головного мозга Калифорнийского университета Элиас Сайур, который впервые разработал новую вакцину. Она, как и другие методы иммунотерапии, направлена на «обучение» иммунной системы реагировать на опухоль как на чужеродное тело и атаковать её. Данные кластеры «предупреждают» иммунную систему гораздо более эффективно, чем отдельные частицы.

«Одним из самых впечатляющих результатов было то, как быстро новый метод терапии вызвал мощную реакцию иммунной системы на отторжение опухоли», — отмечает учёный. — Менее чем за 48 часов мы могли наблюдать, как эти опухоли переходят от того, что мы называем «холодно» — иммунный холод, очень мало иммунных клеток, подавленный иммунный ответ — к «горячо», очень активному иммунному ответу».

В исследовании также были представлены результаты семилетних испытаний по введению мРНК при раке головного мозга, в том числе на доклинических моделях мышей. Также были проведены клинические испытания с участием 10 домашних собак со злокачественными опухолями головного мозга в терминальной стадии, у которых не было других вариантов лечения.

Это испытание было проведено с согласия владельцев в сотрудничестве с Калифорнийским кол-

леджем ветеринарной медицины. «Собаки представляют собой естественную модель злокачественной глиомы, потому что они являются единственным видом, у которого с определённой частотой развиваются спонтанные опухоли головного мозга», — говорит Шейла Каррера-Джастис, доктор медицинских наук, ветеринарный невролог из Калифорнийского колледжа ветеринарной медицины, сотрудничающих с Сайуром в проведении клинических испытаний. По её словам, глиомы у собак, как правило, неизлечимы.

После лечения домашних собак, у которых спонтанно развился рак головного мозга, персонализированными вакцинами на основе мРНК команда Сайура довела исследование до небольшого клинического испытания, одобренного Управлением по контролю за продуктами и лекарствами, призванного обеспечить безопасность и возможность тестирования, прежде чем перейти к более масштабному испытанию.

РНК извлекалась из опухоли каждого пациента после её хирургического удаления, затем мРНК амплифицировалась и заключалась в новую высокотехнологичную «упаковку» из биосовместимых липидных наночастиц, чтобы заставить опухолевые клетки выглядеть как опасный вирус при повторном попадании в кровотоки и вызвать реакцию иммунной системы. Вакцина была разработана индивидуально для каждого пациента с целью получения максимальной отдачи от его уникальной иммунной системы.

На все манипуляции ушло всего несколько дней, поэтому оставшиеся клетки глиобластомы не успели адаптироваться к иммунной реакции.

«Демонстрация того, что создание вакцины против рака с использованием мРНК вызывает сходные и сильные реакции у мышей, домашних собак, у которых спонтанно развился рак, и у людей с раком головного мозга, является действительно важным открытием, потому что часто мы не знаем, насколько хорошо доклинические исследования на животных приведут к сходным реакциям у людей», — говорит директор Института клинических и трансляционных наук Калифорнийского университета и соавтор статьи Дуэйн Митчелл.

Несмотря на то, что исследование проводилось на слишком ранней стадии, чтобы оценить клинические эффекты вакцины, выживаемость пациентов была дольше, чем ожидалось. 10 домашних собак прожили в среднем 139 дней, по сравнению со средним показателем выживаемости от 30 до 60 дней, характерным для собак с этим заболеванием.

Активация иммунитета после хирургического удаления опухоли создаёт новый способ для борьбы с глиобластомой, полагают авторы исследования. Они планируют проведение расширенного исследования первой фазы клинических испытаний с участием до 24 пациентов для определения оптимальной и безопасной дозы. Как только будет подтверждена оптимальная и безопасная доза, примерно 25 детей примут участие во второй фазе испытаний.

Современные технологии

Анализ крови без иглы

Исследователи из Швейцарской высшей технической школы Цюриха разработали безопасное и недорогое диагностическое устройство для забора крови, заменяющее иглу при проведении анализа. Оно работает с помощью присоски и может также использоваться для диагностики тропической малярии даже персоналом без медицинского образования.

Как рассказывают учёные, принцип работы устройства напоминает пиявку. Исследователи пришли к этой идее случайно, ранее они разработали присоску, которая вводит лекарства в кровь через слизистую оболочку полости рта.

В ходе предыдущего проекта учёные уже изучали, как присасываются пиявки и поняли, что могли бы разработать аналогичную систему для забора крови. Новое устройство состоит из присоски размером около 2,5 см, которая прикрепляется к спине или плечу пациента. В присоске есть микроиглы, которые безболезненно проникают в кожу. Благодаря отрицательному давлению в при-



соске всего за несколько минут в ней скапливается достаточное количество крови для большинства диагностических исследований. Кроме того, поскольку микроиглы находятся внутри, риск пораниться для врачей значительно ниже, чем при использовании обычных игл.

Пробная модель состоит из силиконовой присоски и стальных микроигл. Но учёные уже работают над версией, которая должна быть полностью изготовлена из биоразлагаемых материалов.

Бесспорным преимуществом устройства является его низкая стоимость. Инновационное устройство поможет повысить доступность лабораторной диагностики в развивающихся странах, например, для диагностики малярии, где наблюдается нехватка медицинского персонала. Кроме того, оно будет востребовано при проведении тестов у детей, которые обычно боятся игл. Однако новинка не сможет заменить забор крови из вены.

Материалы подготовила
Кира МАРИНИНА.

По материалам Cell, Gastric Cancer, Advanced Science, Medical Express.

Пути-перепутья

Моя военная служба

Воспоминания профессора, лауреата Государственной премии СССР Валентина Гурьева

День окончания школы В.Гурьевым (1923-2001) совпал с днём начала Великой Отечественной войны. После прохождения кратковременных военно-медицинских курсов ему присвоили звание младшего лейтенанта медицинской службы и направили в действующую армию на 2-й Белорусский фронт.

После войны он с отличием окончил Курский мединститут и 9 лет работал районным хирургом в Нижнегридинской больнице Большесолдатского района Курской области. В 1961 г. поступил в аспирантуру в ЦИТО и проработал там до выхода на пенсию – был главным врачом, затем возглавлял отделение острой травмы. Написал книгу воспоминаний в двух частях «Моя жизнь – хирургия. Мой нелёгкий путь к хирургии», фрагмент из которой мы предлагаем вниманию читателей.

Военная служба у меня, как и у всех фронтовиков, до конца войны была очень тяжёлой. Я оказывал медицинскую помощь раненым на передовой или в медсанбате, чего только не повидал и не пережил! Передо мной прошли тысячи раненых с различной степенью тяжести ранений, с различной психикой и различным болевым порогом. Поверьте мне: опереточных «героев» ни среди солдат, ни среди генералов я не встречал. Все страдали от боли, все боялись смерти и неясного будущего.



В.Гурьев на 2-м Белорусском фронте (1942)

долю выпало ассистировать и делать небольшие операции.

Однажды наш медсанбат посетил знаменитый главный хирург Советской Армии академик А.Вишневский. Я как раз оперировал легкораненого. Академик внимательно проследил за мной и остался доволен, даже похвалил. Позднее в своей книге «Руки хирурга» он писал: «...самый молодой из хирургов госпиталя Гурьев оперировал раненого в живот под местной анестезией. Прекрасно провёл операцию, увидев у меня до этого её только один раз. Хороший будет хирург!».

На передовой

На передовой медслужбам всегда тяжелее, прежде всего из-за огромного потока раненых – иногда до тысячи человек в сутки. Кроме того, в первые годы войны мы в основном отступали, следовательно, приходилось организовывать госпитали, систему сортировки, эвакуации, лечения и питания пациентов, пополнять оборудование. К сожалению, в табельном имуществе медсанбата отсутствовал даже рентгенологический аппарат!

Постоянные артиллерийские обстрелы и бомбовые удары авиации не давали медикам передышки. А немцы специально «охотились» на санитарные учреждения, слабее защищённые, чем аэродромы, артиллерийские и танковые позиции. Кроме того, большие красные кресты, нарисованные на крышах домов и

палаток, служили хорошей мишенью! Поэтому всегда оставалось одной из главных задач нашего командования пополнение медперсонала, несшего большие потери.

С гордостью вспоминаю необыкновенный энтузиазм, нечеловеческую выносливость и самоотверженность моих коллег-медиков! Под вражеским огнём им приходилось подползать к раненому, оказывать ему помощь, эвакуировать в тыл. А сколько трудностей возникало с доставкой раненых в медсанбат! Транспорта катастрофически не хватало. Машины же, шедшие на передовую, свирепо обстреливались немецкой авиацией и артиллерией, но шофёры зачастую категорически отказывались повернуть назад. Мы постоянно ругались с ними, порой даже угрожали автоматом или гранатой, чтобы заставить отвезти раненых по назначению.

Часто при большом количестве пациентов по несколько суток не удавалось поспать. Однажды мне и женщине-хирургу не нашлось места даже на полу. Тогда я приказал санитару уложить нас на каталку спина к спине и привязать ремнями!

Началось наступление. Немцы, уходя, старались уничтожить всё, что могли. В таких условиях выбрать место для развёртывания медсанбата крайне трудно. А главное, мы не знали, сколько времени задержимся на этом месте. Войска продвигались вперёд очень быстро, часто вынуждая менять дислокацию всего через несколько дней!

Армия постепенно, но неуклонно приближалась к границе СССР. Это согревало души, давало силы. Однако число раненых не уменьшалось – бои велись яростные. Всё зависело от интенсивности боя, маневрирования, способности командующего, другими словами, от стратегии и тактики воюющих армий!

Разрывалось сердце от жалости к людям из разрушенных городов и сёл! На земле лежали мёртвые, а оставшиеся в живых, лишённые крова, разутые и раздетые шли толпами, казалось, не зная куда! Что мы могли сделать для них?! У нас были совсем другие задачи...

Медсанбат редко размещался в городе или большом населённом пункте – там находились в основном армейские и фронтовые

госпиталя. Исключением для нас стали Брянск, Бобруйск, Белосток, Щичино.

Медикам на передовой не выпадало ни отдыха, ни отпуска. Если воинские части получали передышку при переформировании, то мы – никогда! Адский труд во время боёв сменялся чуть менее адским в перерыве между ними. Множество пациентов постоянно нуждалось в лечении и быстрой эвакуации.

И всё же наша советская медицина не только выстояла, но и блестяще справилась со своей титанической задачей, сумев поставить в строй 82% раненых! Весь мир до сих пор удивляется... К концу войны, случалось, отправляли на фронт ежедневно по 2-3 батальона! Не знаю, Сталин ли сказал эти слова или кто-то еще: война выиграна благодаря раненым!

А их вернули на поля сражений наши героические медики, строжайше выполнявшие «Военно-медицинскую доктрину», созданную Н.Бурденко и Е.Смирновым на основе достижений военной медицины, описанных великим русским хирургом Н.Пироговым!

В Брянске

Хочу вспомнить о своей работе в Брянске после его освобождения. Меня тогда на некоторое время откомандировали в довольно большой госпиталь и направили в местную больницу, где находились раненые из здешнего населения. После ухода немцев медперсонал разбежался. Помощью людям не оказывалась в течение трёх дней. Когда я и санитар приблизились к трёхэтажному зданию больницы, то почувствовали сильное зловоние: запах гноя и других нечистот! Больные лежали кто на матрасах, кто просто на полу, всего их было около 300.

Сняв у двух-трех ампутантов бинты, мы ужаснулись... Никогда не забуду того зрелища: раны сплошь покрывала шевелящаяся масса клопов! Нам буквально стало плохо. Но ничего не поделаешь: решили выполнить дезинфекцию и перевязку прямо на месте.

Вскоре я послал в госпиталь за помощью. Она не заставила себя ждать. За несколько дней мы сумели обработать, напоить и накормить всех больных. Затем вернулись местные медре-

ботники, и городская больница опять начала функционировать нормально.

В Брянске со мной случился один курьёз. Рядом с городской больницей открылась амбулатория. Хирургом там работала женщина, мобилизованная с 4-го курса мединститута и очень мне нравившаяся. Однажды, во время обеда, она прислала за мной санитарку с просьбой помочь вправить кому-то вывих плеча. Следует отметить: на военных курсах нам говорили, мол, все вывихи вправляются, а как – жизнь научит. Соответственно, делать это я не умел.

Ну, думаю, девушка-хирург умеет. Прихожу в поликлинику, вижу, на столе в перевязочной лежит бледный маленький мужичонка, покрытый потом. А моя знакомая и ещё две санитарки, красные и измученные, стоят рядом.

Врач говорит мне:

– Помоги!

Я спрашиваю:

– Как?

– Тяни за руку, а санитарки пусть тянут за голову.

Анестезии, конечно, даже не предполагалось. Ну начали тянуть, каждый в свою сторону. Больной покричал и потерял сознание. Поднесли к его носу нашатырный спирт. Повторили «процедуру» опять. Снова ничего не вышло. И так несколько раз!!! Пациент неоднократно терял сознание, мы приводили его в чувство. Сами стали выглядеть не лучше, чем он.

Тогда докторша спрашивает: – Молодой человек, у вас нет сил?

Это меня задело, и я послал в госпиталь ещё за двумя санитарками. Но впятером вправить вывих не получилось. Мне казалось, ещё один такой рывок – и человек просто останется без руки. Тогда я твердо заявил:

– Хватит!

Все, тяжело дыша, остановились. Вдруг больной закричал истощенным голосом:

– Машка, Машка!

В кабинет заглянула деревенская женщина.

– Чего, Семён, тебе надо? – поинтересовалась она.

Семён, чуть живой, взмолился: – Маша, вправь руку, а то доктор устал!

Баба велела бедняге слезть со стола, лечь на пол, а сама села напротив и стала разуваться. Затем, взяв руку больного, свою босую ногу вставила ему в подмышечную область, слегка потянула его за предплечье... Раздался легкий щелчок – и рука на месте.

От такого позора я тихо ушёл к себе в госпиталь. Тотчас приказал фельдшеру найти мне пособие по травматологии, а получив его к вечеру, с изумлением обнаружил там описание «способа Машки»... Только назывался он «способом Гиппократ».

Конкурсы

Центральный институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России при поддержке Министерства здравоохранения РФ запустит II всероссийский фотоконкурс «Медики на работе».

Конкурс проводится второй год подряд. В прошлом году в нём приняли участие представители из всех регионов страны. В этом году в конкурсе могут участвовать и представители государственных участников СНГ. Среди главных задач проекта – привлечение внимания к позитивным изменениям, повышение престижа

Профессия врача — это подвиг

профессии, стимулирование творческого развития медицинского сообщества. Сопровождая нас от рождения до последнего вздоха, в своих руках они держат самое ценное, что есть у человека, – здоровье и жизнь. Работа и подвиг медиков в большинстве случаев остаётся «за кадром». Фотоконкурс «Медики на работе» – это возможность показать и рассказать о ежедневном труде медицинских работников, порой

даже без выходных, о подвиге спасения жизней, через фотографию осветить все стороны жизни медицинских работников.

Юная врач – тяжелоатлет, врач – инструктор по управлению вертолётном, врачи-спортсмены, креативные студенты-медики, врач со стажем более 70 лет – это часть из более чем 5 тыс. работ, поданных в первый поток конкурса, результаты которого были оглашены в 2023 г.

Подать заявку на участие может любой неравнодушный к системе здравоохранения человек как из России, так и иностранного государства, перейдя по ссылке и загрузив свою работу, заполнив анкетную форму до 31 июля 2024 г.

В этом году в конкурсе сразу 12 номинаций: «Медик на работе», «На суше, воздухе и море», «Самое необычное хобби», «Папа, мама, я – медицинская семья», «Стаж в полвека», «Главный врач.

Путь героя», «Будущие медики», «Пациенты, мы вас любим», «Живые эмоции», «Медики всех стран, объединяйтесь», «Лучшее фото, сгенерированное ИИ». Официальная страница конкурса <https://photo.mednet.ru/>.

В жюри конкурса вошли работники здравоохранения, представители медиа и фотографы ведущих информационных агентств.

Победители будут определены в октябре 2024 г.

На литературный конкурс

Инга МАЛЫШКИНА

Командировка в Донецк



Я родилась в Тюмени, здесь постоянно живу и работаю. Ещё в раннем детстве почувствовала, что моё главное предназначение – лечить и спасать.

день наша бригада отправилась в Донецк. Это был апрель – май 2023 г. Началась работа. Каждый день – осмотры, ЭКГ, УЗИ, анализы...

очень больно. Я пообещала, что больно не будет, потому что у меня современный механизм для взятия крови. Показала, как он срабатывает: внутри такая маленькая пружинка, щелчок – и всё, и совсем не больно!

Всегда любила детей. Наверное, поэтому стала многодетной мамой – у меня три дочки и два сына. К тому же работаю тоже с детьми – в приёмном покое педиатрического отделения.

Дети здесь были совсем как взрослые, только маленькие. Очень рассудительные, серьёзные, терпеливые. Их объединяла общая трагедия, невосполнимая потеря прекрасного мира детства.

Второй случай глубоко тронул меня, оставшись в памяти навсегда. Я буду рассказывать его своим детям.

Вся наша большая семья – мама, дети, пожилые уже бабушка с дедушкой – все единодушно приняли моё решение отправиться в далёкий город, где идёт война.

Первый случай согрел моё сердце, когда мальчик девяти лет сильно боялся, плакал, кричал, молился, сжимался в комочек, думая, что ему будет

В этот день мы, как обычно, вышли на свои рабочие места в восемь утра. Было тепло, яркое солнышко, за окном птичье пение. И не было взрывов. Даже на какое-то время мы забыли, что здесь война.

худенькая. Поздоровалась, присела на стульчик, неуверенно, почти полупрошептом спросила, не будет ли больно. Я начинаю объяснять, что не будет, и вдруг – шум, гул, грохот, рёв железа! На огромной скорости приближается к нашему окну.

И тут я увидела перед собой эти огромные небесно-голубые глаза. В них не было страха. Маленькая одиннадцатилетняя девочка тихо прошептала мне: «Тётя, не бойтесь! Это наши истребители, МИГ-29!»

Только тогда я медленно выпустила девчонок из дрожащих рук. Мне было немного не по себе из-за своего страха.

У меня в тот момент перевернулась вся жизнь. После этого случая я стала меньше бояться бомбёжек, уверенно ходила на работу и выполнила свой долг – посетила парк «Аллея Ангелов».

Мне на всю жизнь осталась боль этих детей, их отвага, пережитое ими горе войны. Я стала сильнее и увереннее.

Надеюсь, мой рассказ поможет нашим детям воспитать в себе чувство патриотизма, уважительное отношение друг к другу и к взрослым, вызовет чувство сострадания и милосердия.

Тюмень.

ОБ АВТОРЕ. И. Малышкина – медицинская сестра детского приёмного отделения областной клинической больницы № 1.

Елена ЭРДМАН

Про альпак и собак

Известно нам с недавних пор, что с красотой бывает тоже перебор. Однажды парочка прекраснейших альпак, Гуляя во саду ли, в огороде, Наткнулась на ужаснейших собак: Профанов жутких в красоте и моде.

– Послушай, милая, ты только посмотри, Какая шерсть на той, что выше ростом! Она хотя бы применяла бигуди! Ведь уложить причёску – это просто!

А что собаки? Знали ли они, что их персоны, словно на ладони. Но до того ли было гончим в эти дни, Когда они гулять ходили с Соней!

Альпака, посмотрев по сторонам и не найдя объектов для суждений, Отправиться решила по делам, По важным! В этом нет у нас сомнений!

ОБ АВТОРЕ. Е. Эрдман - медсестра перевязочной Вологодского областного противотуберкулёзного диспансера № 2.

СКАНВОРД. Crossword puzzle grid with clues in Russian. Includes a word search grid and an answer key at the bottom right.

Footer containing contact information for the newspaper, including phone numbers, email addresses, and a QR code for subscription information.